



Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených  
lupénkou k léčbě**

Comparison of active and passive attitude of people with psoriasis  
treatment

Karolína Paldusová

Bakalářská práce

2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Karolína PALDUSOVÁ  
Osobní číslo: Z08000045  
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Název tématu: Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě  
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

### Z á s a d y   p r o   v y p r a c o v á n í :

Cíl:

- 1) Zjistit, zda mají psoriatici dostatek informací o své nemoci
- 2) Zjistit, jak pacienti přistupují k léčbě

Východiska: Lupénka (Lat. Psoriasis vulgaris) je kožní onemocnění, projevující se odlupováním šupinek staré a suché kůže. Toto onemocnění přináší pro nemocné omezení a zvolení vhodné léčby může příznaky minimalizovat a dovolit nemocným žít téměř plnohodnotným životem. Záměrem této práce bude zjistit, jak jsou psoriatici informováni a jaký je jejich zájem o léčbu.

Předpoklady:

- 1) Pacienti jsou o své nemoci informováni dostatečně
- 2) Pacienti přistupují k léčbě aktivně a se zájmem

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník

Místo a čas výzkumu: celá ČR, červenec-září 2010

Vzorek: lidé postižení lupénkou, celá ČR

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ A. Ošetřovatelství IV/1. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. s. 190. ISBN 80-7333-032-6

BOWER, Hilary. Lupénka. 1. vyd. Frýdek-Místek: Alpress, 1998. s. 144. ISBN 80-7218-148-3

NOVOTNÝ, František. Psoriáza: aktuální pohledy. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. s. 123. ISBN 80-247-0313-0

ŠTOLFA, J.; ŠTORK, J. a kol. Psoriatická artritida a psoriáza: [etiologie, patogeneze, diagnostika, moderní léčba]. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. s. 164. ISBN 978-80-7345-120-2

BRAUN-FALCO, O.; PLEWIG, G.; WOLFF, H. H. Dermatológia a venerológia. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. s. 1475. ISBN 80-8063-080-1

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Andrea Dzanová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2010


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2011

  
prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús  
rektor

L.S.



  
doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.  
ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií  
461 17 Liberec 1, Studentská 2  
Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Studentka

**Karolína PALDUSOVÁ**

Z08000045

Alšovice 180

468 21 Bratříkov

Vyřizuje: Bc. K.Pecháčková/485 353 774

V Liberci dne 23. června 2011

č.j.: 11/8518/0441-02

**Vyjádření k žádosti ponechání tématu a o prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 7.6.2011, zaevidované pod č.j.: 11/8518/0441-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě“ a s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce, a to do 30.6.2012.

S pozdravem

doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.  
ředitel

## Ž Á D Ů S T

*Jméno : Karolína Paldusová*

*Ročník : 3.*

*Osobní číslo: Z08000045*

*Datum narození : 07.08.1989.*

*Studijní obor: Všeobecná sestra*

*Prezenční studium\*/ Kombinované studium \**

*Adresa trvalého bydliště: Alšovice 180, Bratříkov 468 21*

*Číslo telefonu: 732 348 372*

*E – mail: Karolina.Paldusova@seznam.cz*

### Odůvodnění

Žádám o ponechání tématu bakalářské práce na téma „Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě.

Žádám o prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6. 2012

Vedoucí práce: MUDr. Andrea Dzanová



v 14.6.2012 12:00  
datum

Karolína P.  
podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

---

### VYJADŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:



20.6.2012



Rozhodnutí rektora:

## Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum 8.4.2012

Podpis 

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat MUDr. Andree Dzanové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při vypracovávání. Také bych chtěla poděkovat svým přátelům, kteří mi často podávali pomocnou ruku, a největší dík patří mé rodině, která mi po celou dobu studia ve všem pomáhala a podporovala mě.

## **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Karolína Paldusová

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě

**Vedoucí práce:** MUDr. Andrea Dzanová

**Počet stran:** 68

**Počet příloh:** 3

**Rok obhajoby:** 2012

### **Souhrn:**

Má bakalářská práce s názvem Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě, dává možnost blíže se seznámit s problematikou jednoho z nejčastějších kožních onemocnění, psoriázy neboli lupénky. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou, kdy se teoretická část věnuje charakteristice onemocnění, s důrazem na léčbu, a také ošetrovatelské péči o psoriatického pacienta. Výzkumná část, jejíž podstatou je zpracování dotazníkového šetření, měla za cíl zjistit přístup pacientů k léčbě a informovanost pacientů o nemoci. Oba cíle byly splněny a vyhodnocení navržených hypotéz je součástí práce.

### **Klíčová slova:**

Psoriasis vulgaris, lupénka, kožní onemocnění, ošetrovatelská péče, glukokortikoidy, dehty, analoga D3 vitaminu, acitrecin, cignolin, metotrexát, biologická léčba



## **Anotace v anglickém jazyce**

**Name and surname:** Karolína Paldusová

**Institution:** Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

**Title:** Comparison of active and passive attitude of people with psoriasis treatment

**Supervisor:** MUDr. Andrea Dzanová

**Pages:** 68

**Addenda:** 3

**Year:** 2012

### **Summary:**

My bachelor thesis, named Comparison of active and passive attitude to treatment of people affected by psoriasis, provides a possibility of introduce into psoriasis, which is one of common dermal diseases. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the characteristics of the disease, with emphasis on treatment and nursing care of psoriatic patient. Subject matter of the research part, which is processed by questionnaire survey, is aimed to ascertain patient access to treatment and patients awareness about the disease. Both objectives have been fulfilled and evaluation of the proposed hypotheses is part of the work.

### **Key words:**

Prosilis vulgaris, psoriasis, skin diseases, nursing care, corticosteroids, tars, vitamin D3 analogues, acitrecin, cignolin, methotrexate, biological treatment

# OBSAH

OBSAH .....	10
1. ÚVOD .....	12
2. TEORETICKÁ ČÁST .....	13
2.1. Psoriáza .....	13
2.1.1. Charakteristika .....	13
2.1.2. Příčiny vzniku onemocnění .....	14
2.1.3. Příznaky onemocnění .....	15
2.1.4. Rizikové faktory .....	16
2.1.5. Diagnostika .....	17
2.2. Anatomicko-fyziologické poznatky o kůži s ohledem na psoriázu .....	18
2.3. Typy psoriázy .....	19
2.4. Terapie psoriázy .....	20
2.4.1. Obecné informace o terapii .....	20
2.4.2. Místní terapie – kortikoidy, analoga vitaminu D3, retinoidy, cignolin, dehty a ichtamol .....	21
2.4.3. Celková terapie – cyklosporin, acitrecin, metotrexát, biologická léčba ...	24
2.4.4. Fototerapie a fotochemoterapie .....	28
2.4.5. Doplnková léčba – psychoterapie, dietoterapie, klimatoterapie .....	29
2.5. Ošetrovatelská péče o pacienta s psoriázou .....	31
3. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	36
3.1. Cíle a hypotézy .....	36
3.2. Charakteristika výzkumu .....	36
3.2.1. Použitá technika .....	36
3.2.2. Harmonogram výzkumu .....	37
3.2.3. Výzkumný vzorek .....	37
3.3. Analýza výsledků .....	37

3.4. Vyhodnocení hypotéz .....	61
4. DISKUZE.....	63
5. ZÁVĚR.....	64
6. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	65
7. SEZNAM PŘÍLOH .....	68

# 1. ÚVOD

*„Psoriáza nezabíjí, ale ničí život“*

dermatolog prof. Thomas B. Fitzpatrick

Tato bakalářská práce se věnuje problematice lupénky, neboli psoriázy a především přístupem pacientů k léčbě. Důvodem výběru mého tématu bylo jak to, že onemocněním trpí lidé v mém blízkém okolí a jako zdravotní sestra jsem se s pacienty s touto chorobou setkávala poměrně často, tak význam citátu na začátku.

Lupénka opravdu není onemocnění, které by člověku zkracovalo délku života, ale kvalita života lidí postižených lupénkou je zhoršena, někdy je onemocnění rozsáhlé do takové míry, že vést běžný život, je téměř nemožné. Pacienti jsou často hospitalizováni, nebo musí denně docházet na ambulantní léčbu. Mají projevy lupénky v obličeji, na krku a na rukou a to v takové míře, že i přes nejsilnější léčbu nedochází k efektu, který by byl žádoucí. Jindy má zase pacient několik málo drobných ložisek na skrytých místech, ale jeho vnitřní pocity, že lupénkou trpí, jsou natolik silné, že i jeho kvalita života je velmi omezena.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje problematice lupénky z odborného hlediska, část z toho je zaměřena na podrobnější charakteristiku jednotlivých typů léčby. Dále se teoretická část věnuje typům psoriázy, základům problematiky kůže s ohledem na lupénku a také ošetrovatelské péči o psoriatického pacienta z pohledu sestry.

Ve výzkumné části je charakteristika výzkumu, který proběhl mezi lidmi, jež chorobou trpí. Poté se zaměřujeme na vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření a zhodnocení navržených hypotéz. Součástí práce je diskuze k celé problematice a k výsledkům výzkumu.

Cílem dotazníkového šetření je zjistit informovanost pacientů o nemoci a jejich přístup k léčbě. Vzhledem k výsledkům výzkumu je součástí práce návrh opatření, které lze uplatnit v rámci edukace pacientů nejen v nemocniční, ale i ambulantní sféře.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1.Psoriáza

*„Zánětlivé kožní onemocnění s akutně exantematickým nebo chronicko-stacionárním průběhem na základě zděděné dispozice“.<sup>1</sup>*

#### 2.1.1. Charakteristika

Morbidita (nemocnost) je 1-2% (někdy uváděno i 2-3%), což dělá z lupénky jedno z nejrozšířenějších kožních onemocnění, jeho výskyt je srovnatelný s diabetem mellitem (cukrovkou). Lupénka je i z pohledu dermatologů jednou z nejčastějších kožních chorob, se kterými se setkávají, trpí jí 6-8% dermatologických pacientů. Výskyt choroby v průběhu posledních let nemá tendenci vzrůstat a není ovlivněn socioekonomicky, je však ovlivněn klimatickými a etnickými faktory. Největší výskyt je u jedinců bílé rasy, ostatní rasy jsou postiženy v menší míře. Stejně tak jedinci žijící v tropech a subtropích jsou postiženi méně často.

Predispozicí ke vzniku je dědičnost. Lupénka není chorobou vrozenou, ale manifestuje se na základě dědičné dispozice. Má-li jeden z rodičů lupénku, je pravděpodobnost vzniku u dítěte 10-20%, jsou-li postiženi oba rodiče, je to již 50% pravděpodobnost. Choroba se častěji dědí po otci a postižení obou pohlaví je stejné, u mužů však bývá průběh horší. Psoriatictí pacienti nebývají náchylnější ke vzniku kožních infekcí oproti zdravým lidem.

Vznik onemocnění může být kdykoliv během celého života, avšak u starých lidí a malých dětí není prvotní vznik onemocnění až tak běžný. U žen je největší pravděpodobnost první manifestace v 16-60 letech, u mužů ve 22-57 letech.

Psoriáza je léčitelná a zhojitelná, ne však vyléčitelná. Cílem je dosáhnout zmírnění či odstranění vnějších projevů a tím většině nemocných usnadnit život. Přibližně ve 20 % případů je možné, aby došlo ke spontánnímu zhojení příznaků. Obecně bývají remise u každého jedince různě dlouhé, u někoho na pár týdnů, u jiného pacienta i několik let. Zvláště pro ložiskovou psoriázu je typický sezónní průběh (exacerbace bývají zejména

---

<sup>1</sup> BRAUN FALCO, O.,PLEWIG,G., WOLF, H. H.: *Dermatológi a venerológi a*, str. 488

v zimních měsících), kdy počasí a vnitřní i vnější faktory mají vliv na stav psoriázy jak ve smyslu jejího zlepšení, tak i zhoršení. Psoriáza může být s ohledem na její různorodost zaměněna s jinými nemocemi, více viz kapitola 2.3. Typy psoriázy

Průběh choroby je velmi variabilní a individuální. Je ovlivněn rozsahem a charakterem postižení, přístupem pacienta k nemoci, k provokačním faktorům a k léčbě. Průběh může být stálý s mírnými změnami, nebo naopak velmi proměnlivý s akutními výsevy nových ložisek. Nemoc má vliv na fyzické i psychické zdraví jedince a postihuje i sociální a ekonomické aspekty.

Hodnotit závažnost psoriázy se může zdát jednoduché, avšak není tomu tak. Pohled pacientů na jejich postižení a pohled lékaře se zvláště dříve velmi lišil, proto se v dnešní době přistupuje k hodnocení z více úhlů pohledu. Hodnotí se rozsah a intenzita postižení, lokalizace, průběh a ovlivnění kvality života jednotlivce.

Lze vyjmenovat i faktory, které mají na průběh nemoci a její postupný vývoj negativní vliv. Jedná se o stav choroby, mužské pohlaví, první objevy ve věku méně než 10let, dědičnost po otci, první příznaky v obličeji a na trupu, postižení nehtů, dlaní a plosek, nemožnost odstranit provokační faktory a nemožnost se léčit.

(4, 6, 7, 19, 20, 25, 27, 28)

Základní formy lupénky, dle průběhu, se rozlišují tři<sup>2</sup>:

Chronická stacionární psoriáza – 80%, ložiska jsou ostře lokalizovaná v typické predilekční lokalizaci, malý sklon ke spontánnímu zhojení

Eruptivní exantematická forma – 15% nemocných, náhlé generalizované výsevy, které během týdnů sami odezní

Nestabilní forma – silně zánětlivá s živými erytémy

### **2.1.2. Příčiny vzniku onemocnění**

Patogenetické mechanismy vzniku lupénky nejsou do dnes plně objasněny, podíl na vzniku je však přisuzován T-lymfocytům (typ bílých krvinek), které po stimulaci antigeny (cizorodé látky) spouští děje, jež vedou k produkci cytokinů (protein, který má účast na imunitní odpovědi<sup>3</sup>). Často proto dochází k první manifestaci po prodělaném

---

<sup>2</sup> BENÁKOVÁ, N., ETTLER, K., ŠTORK, J., VAŠKŮ, V.: *Psoriáza nejen pro praxi*

<sup>3</sup> Wikipedie, Cytokin [online]. [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Cytokin>>

infekčním onemocnění nebo po očkování. Lupénka je multifaktoriální onemocnění a je spouštěna vlivem provokačních faktorů u jedince, který je geneticky predisponován.

Podkladem psoriatických ložisek je urychlení růstu a tím poruchy diferenciacce (rozdílnosti) epidermálních buněk, dále pak cévní a zánětlivé změny. (4, 6, 7, 25, 28)

### 2.1.3. Příznaky onemocnění

Jednotlivá ložiska mají stejný klinický obraz, avšak u každého pacienta je různá velikost, lokalizace a intenzita rozšíření, což vyvolává problémy s diagnostikou a rozdílnost v léčbě. Základní vzhled je charakterizován červenou papulou s přítomností šupin (tzv. erytematoskvamózní vzhled). Nejprve vzniká malé, začervenalé, ostře lokalizované ložisko, to se poté pokryje stříbřitými šupinami, které se snadno odlučují a při silnějším odstranění i poslední vrstvy dojde k tečkovitému krvácení.

Dalším příznakem, ne tolik typickým je svědění, avšak objevuje se u lupénky ve vlasech a u psoriasis inversa. Také se může vyskytnout pálení a výjimečně i bolest, která je typická spíše pro psoriasis palmoplantaris, kdy silné nánosy šupin mohou popraskat až do hlubších vrstev pokožky.

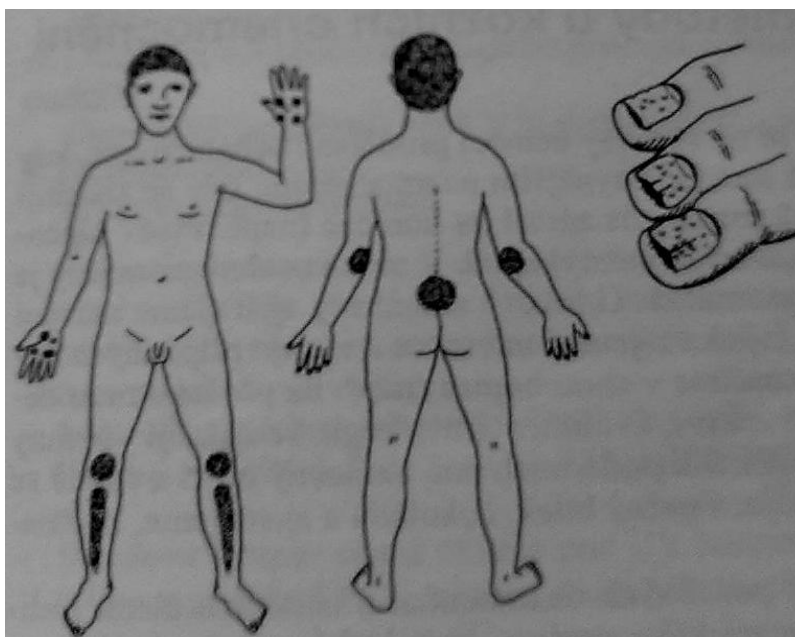
Psoriáza má svá typická predilekční místa, což jsou místa s nejčastějším výskytem ložisek. Jde o vlasatou část hlavy, bedra, kolena a lokty (viz obr. 1). Kterákoliv část těla může být postihnuta jako první, neexistuje žádné pravidlo, podle kterého lze určit výskyt a postupné šíření postižení. I když má lupénka svou typickou lokalizaci, zaměříme-li se na jiné typy lupénky, zjistíme, že se může vyskytovat po celém těle a ložiska nemusí mít ani typický vzhled, více viz kapitola 2.3. Typy psoriázy. (4, 6, 7, 19, 21, 25, 28)

Psoriatická ložiska mohou mít různou velikost, podle které je lze morfologicky dělit<sup>4</sup>:

- a. Psoriasis punctata (guttata) – malá tečkovitá (kapkovitá) ložiska
- b. Psoriasis numularis – velikost mince
- c. Psoriasis geographica – velikost dlaní, vzhled nepravidelný, podobný mapě
- d. Psoriasis erythrodermica – generalizace, která může postihnout i celou kůži

---

<sup>4</sup> BRAUN FALCO, O.,PLEWIG,G., WOLF, H. H.: *Dermatológi a venerológi a*



Obr. 1 Typická predilekční místa<sup>5</sup>

#### 2.1.4. Rizikové faktory

Rizikové faktory, též provokační či vyvolávací faktory, jsou velmi individuální, neboť to, co jednomu pacientovi může stav viditelně zhoršit, na jiného nemusí mít vliv. Provokační faktory lze rozdělit na exogenní (vnější) a endogenní (vnitřní). Mezi vnější patří fyzikální působení, chemické faktory, dermatózy postihující podkoží či traumata. Endogenní vlivy mohou být infekční onemocnění, některá medikace, gravidita či porod, snížení vápníku, dieta, alkohol, vysazení některých léků (například kortikoidy), stres a psychické faktory. Výskyt lupénky je 3krát vyšší u kuřáků.

Vzhledem k charakteru nemoci mohou provokační faktory vyvolat onemocnění jak u jedinců naprosto zdravých (kteří mají onemocnění v sobě, ale nikdy nebyli viditelně nemocní), tak u pacientů v remisi (období klidu).

Před některými rizikovými faktory se lze bránit, před jinými ne. Je proto vhodné minimalizovat provokační faktory tím, že pacient eliminuje alkohol, kouření, nevhodné stravovací návyky, žije zdravým životním stylem, pečuje o pokožku a dává pozor na její zranění a to i v době remise, dobré je také chránit se před infekcemi a pokud už pacient

<sup>5</sup> NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*



nějakou infekcí onemocnění, tak ji nepřecházet a v neposlední řadě se léčit dle doporučení lékaře. (4, 7, 25, 28)

### **2.1.5. Diagnostika**

Určení diagnózy je ve většině případů založeno na fyzikálním vyšetření a to pohledem. Dermatolog by se měl věnovat nejen místům, která pacient označí za problémová, ale měl by v rámci prvního kontaktu s pacientem zkontrolovat celé tělo, jelikož se na kůži (popř. nehtech, ve vlasech) mohou vyskytovat příznaky, které nevnímá ani sám pacient. Pokud lékař ložisko na kůži zhodnotí jako psoriázu, lze provést jednoduchý test, který mu diagnózu potvrdí. Princip spočívá v odstraňování vrstev šupinaté kůže až do doby, než se odstraní poslední vrstva, po které následuje tečkovité krvácení, kterému se říká Auspitzův fenomén.

Druhým velmi důležitým krokem vyšetřování je anamnéza. Lékař se ptá na rodinnou anamnézu, kdy se snaží získat informace o výskytu choroby v rodině. Nejdůležitější je pak osobní anamnéza, kdy se ptá na období od vzniku prvních projevů, na průběh onemocnění, charakter, rozsah, lokalizaci a závažnost postižení, souvislost s jiným kožním onemocněním, přítomnost projevů na kloubech či nehtech. Pokud již byl pacient s tímto onemocněním léčen, tak je důležité zjistit, jaká terapie u něho proběhla, jaký byl účinek, jak dlouho trvala léčba i účinek, kdy a proč byla ukončena, zdali pacient spolupracoval. Lékař také zjišťuje alergickou anamnézu a abusus, aby se dalo usuzovat, jaký má pacient životní styl, dále je vhodné zjistit rodinné a sociální poměry, zvláště v případě, chce-li lékař navrhnout hospitalizaci. U žen je důležitá gynekologická anamnéza, aby se u těhotných či kojících patientek nezahajovala nevhodná léčba.

Nelze-li možné diagnózu určit na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření, je možné provést biopsii. Malý vzorek postižené kůže se odebere a prohlédne pod mikroskopem, výsledek bývá do týdne. Vyšetření krve není průkazné, při větším postižení kůže lze nalézt zvýšené imunoglobuliny a vyšší hladinu kyseliny močové, ostatní hodnoty jsou však v normě.

Laboratorní vyšetření je vhodné provést v případě, jsou-li přítomné celkové a kloubní příznaky. Při pozitivním kloubním nálezu je dobré provést Rentgenové vyšetření na zhodnocení míry postižení, a doporučit pacientovi revmatologickou prohlídku. (4, 7)

## 2.2. Anatomicko-fyziologické poznatky o kůži s ohledem na psoriázu

Kůže (derma) je největší orgán lidského těla pokrývající plochu 1,5-2m<sup>2</sup> s hmotností přibližně 4-5 kg. Skládá se z pokožky (epidermis), která je na povrchu, pod ní je škára (corium) a poté podkožní vazivo (tela subcutanea).

*„Struktura epidermis lidské kůže je charakterizována jako vícevrstevný zrohovatělý epitel. Trvale mitoticky aktivní vrstva bazálních buněk produkuje dceřiné buňky, které podléhají epidermální diferenciaci, což trvá asi 30 dní.“<sup>6</sup>*

Jak je zmíněno výše, buněčný cyklus zdravých buněk epidermis trvá asi jeden měsíc, u psoriatických buněk je cyklus přibližně desetkrát rychlejší, trvá 3-4 dny. Psoriatické epidermální buňky jsou nejen růstově aktivnější, ale také větší a hrubší. Přesná příčina poruch diferenciaci a proliferace není známá, předpokládá se však, že jde o poruchy složek imunitního systému.

Fyziologická kůže plní několik funkcí, mezi které patří:

- a) mechanická ochrana a flexibilita kožního povrchu – kůže je pevná, tažná a pružná
- b) fyzikálně-chemická a biologická ochrana – v kůži jsou specializované receptory na vnímání tepla, chladu, dotyku a volná nervová zakončení pro vnímání bolesti, pot má slabě dezinfekční účinek a omezuje tak růst mikroorganismů
- c) regulace průniku vody a látek ve vodě rozpustných – kůže je pro vodu a látky ve vodě rozpustné téměř nepropustná
- d) sekreční a detoxikační funkce – kůže produkuje pot a maz a je také schopna odbourávat některé toxiny
- e) odlučování kůže znečištěné mikroby a škodlivými látkami z okolního prostředí
- f) ochrana před UV zářením pomocí kožního pigmentu (melaninu), který UV záření pohlcuje a s tím spojená syntéza vitamínu D
- g) kůže má také funkci estetickou a komunikační – kůže je to první, čeho si při kontaktu s druhým člověkem všimneme a díky projevům na kůži, jako je červenání nebo pocení, lze odhadovat náladu či psychický stav jedince

Při porušení kterékoliv z funkcí kůže může dojít ke vzniku patologického procesu. Například při porušení hydratačních kožních mechanismů může dojít k vysušování

---

<sup>6</sup> ZÁHEJSKÝ, Jiří. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika*. Str. 14

kůže, což může ovlivnit bariérovou funkci kožního povrchu a vytvořit tak podmínky pro rozvoj patologických procesů na kůži. Jedním z těchto patologických procesů je exacerbace kožních onemocnění, včetně lupénky. Proto je vhodné i při klidovém období preventivně o kůži pečovat používáním látek s hydratačními účinky. (1, 7, 8, 19, 24, 27)

## 2.3. Typy psoriázy

Lupénka na kůži (Psoriasis vulgaris) – jedná se o označení lupénky jako choroby, ale v užším slova smyslu, může jít o označení projevů lupénky vyskytujících se na typických predilekčních místech.

Lupénka ve vlasech (Psoriasis capillitii) – velmi častá lokalizace, výskyt je přibližně 80%, přechází i na oblast čela, uší a krku přibližně 1-2cm od vlasů. Vypadávání vlasů, se jako projev lupénky nevyskytuje, může k němu však dojít například při odpadávání velkých a hrubých nánosů šupin. Je-li psoriáza kštice jediným projevem lupénky, může být obtížné ji odlišit od seborhoické dermatitidy.

Lupénka nehtů (Psoriasis unguinum) – četnost výskytu je 30-50% při současném onemocnění psoriasis arthropatica může být výskyt až 80%. Může se projevit jako tečkovité poškození či olejové skvrny na nehtech a může dojít až k úplné deformaci nehtu, který nepřiléhá na nehtové lůžko. Psoriáza nehtů může být zaměněna s nehtovou mykózou.

Lupénka kloubů (Psoriasis arthropatica) – výskyt je u 5-7% pacientů s psoriasis vulgaris a obě pohlaví jsou postižena přibližně stejně, onemocnění je charakterizované výskytem psoriasis vulgaris a artritických změn na kloubech (především prsty rukou a nohou).

Psoriatická erythrodermie (Psoriasis erythrodermica) – postihuje méně než 3% nemocných a lze ji definovat jako psoriázu rozšiřující se na celou pokožku a vyvíjející se jako sekundární erythrodermie. Vzniká spontánně rozšiřováním ložisek, nebo i iatrogeně, při zvolení nevhodné vnější léčby, nebo po silném ozáření UV. Příznaky

jsou zánětlivé začervenání, svědění a zvětšení lymfatických uzlin. V takovémto případě je nutná hospitalizace a doplnění tekutin, bílkovin a tepla, někdy i železa.

Lupénka intertriginózních prostorů (Psoriasis inversa) – výskyt kolem 6%, vlivem tepla a sekretů, které tyto místa dráždí, se mohou i zde objevit projevy lupénky. Nejedná se o typicky se olupující ložiska, ale jsou ostře ohraničená, erytematózní a velmi často svědí. Jedná se o oblast anální, axily, třísla a oblast pod prsy.

Lupénka dlaní a plosek (Psoriasis palmoplantaris) – výskyt je kolem 12%, projevem jsou výsevy pustul na ploškách, dlouhotrvající chronický průběh, erytém, olupování a ragády které ovlivňují činnosti nemocného. Jde-li o jediný projev psoriázy, může dojít k záměně za ekzém.

Lupénka na sliznicích (Psoriasis mucosae) – psoriázou může být postižena i dutina ústní, bývá to však vzácné. Může dojít k postižení genitálu u žen i mužů, což se vyskytuje v 2%. Je nutné odlišit psoriázu na genitálu od mykotických infekcí, nebo zánětlivých onemocnění. (2, 4, 7, 21, 22, 23)

## **2.4. Terapie psoriázy**

### **2.4.1. Obecné informace o terapii**

Léčba lupénky byla dříve zaměřena pouze symptomaticky. Neléčila se příčina ale příznaky, dnes je tomu naopak a snažíme se, aby léčba byla cílená, specifická a individuální.

Léčba se řídí pohlavím, věkem, charakterem práce nemocného, celkovým zdravotním stavem a přidruženými nemocemi, subjektivním stavem, dostupností i ekonomickým faktorem léčby. Důležitý je celostní přístup k pacientovi a jeho chorobě nikoliv pouze léčit nemoc, ale léčit pacienta. Nutná je především edukace. Důkladně a srozumitelně vysvětlit pacientovi podstatu nemoci, nutnost léčby a jejího dodržování a dbát na redukci provokačních faktorů.

Lupénku lze zvládnout lokální léčbou přibližně u 70 % pacientů s lehčí formou. U závažnějších případů je pak možné zvolit léčbu celkovou či světloléčbu. Základním principem léčby je kombinovaná léčba. Volíme přípravky, které se vhodně doplňují, abychom snížily nežádoucí účinky a zvýšily účinnost. Cílem je dostat chorobu pod kontrolu, neboť úplné zhojení není vždy možné a zlepšit tak kvalitu života pacientů.

Mnoho pacientů přistupuje k léčbě nárazově, kdy se chtějí rychle zbavit všech příznaků a poté, co ustoupí, už se nevěnují udržovací léčbě a dochází tak k relapsům, které často bývají horší, než stav pacienta před nárazovou léčbou. Je nutné, aby byl pacient před tímto způsobem léčení se varován a aby mu lékař vysvětlil, že je nejen nutné zaléčit aktuální stav, ale také se věnovat udržovací léčbě jako prevenci před následným zhoršováním stavu.

Zaměříme-li se na hospitalizaci pacienta, pak se musíme zmínit, že má své výhody, i nevýhody. V některých případech je hospitalizace nutná a výhody jsou převyšující, jindy je pro pacienty velmi obtížné nechat se hospitalizovat, jelikož dochází k narušení běžných záležitostí, jako je studiu či práce, pacienti se bojí, že by o práci mohli přijít, že bude nižší příjem financí, dojde k oddělení od rodiny a přátel. Výhodou hospitalizace je možnost intenzivní léčby, zkoušení nových léčebných postupů a to s okamžitou dostupností lékaře v případě komplikací. Pacient má také čas se léčbě plně věnovat, aniž by musel myslet na své každodenní povinnosti.

Pokud pacient nechce, nemůže, nebo není hospitalizace přímo nutná, je možné využít služeb denního stacionáře. Výhodou stacionáře je nejen menší zatěžování pacienta, neboť může do stacionáře docházet s menším pracovním omezením, nebo po práci, ale dochází také ke snížení nákladů na léčbu. (4, 7, 14, 20, 28)

#### **2.4.2. Místní terapie – kortikoidy, analoga vitaminu D3, retinoidy, cignolin, dehty a ichtamol**

Lokální léčiva jsou základem léčby psoriázy a jedná se o lékové formy aplikované na kůži a kůži vstřebatelné, jako léčebné koupele, masti, krémy a šampony. Lokální terapeutika se používají u mírné a středně těžké formy lupénky a do první linie patří kortikosteroidy, analoga vitaminu D3 a retinoidy, do druhé linie pak cignolin, dehet a ichtamol.

Při volbě preparátu je nutné zohlednit bezpečnost, účinnost a kosmetickou přijatelnost a to především z toho důvodu, že nástup většího účinku může trvat i několik týdnů a léčba bývá dlouhodobá. Lokální léčiva lze používat buď samostatně, nebo v kombinaci s jinými léky.

Pro léčbu lokálními léky existují určitá pravidla a vždy je důležité, aby léčba byla individualizovaná. Zvláštní přístup je nutný u partií těla, jako jsou obličej, nehty, vlasy, genitál a také u dětí či gravidních žen. Mezi chyby lokální terapie patří špatná či nedostatečná edukace, obecný přístup bez individualizace, nedůsledné vedení léčby, nereagování na efekt léčby a nepátrání po provokačních faktorech.

### Emoliencia a Keratolytika

Patří do oblasti podpůrné léčby. Cílem keratolytik je zeslabit tlustou rohovinu a obnovit původní funkci kůže a jsou vhodná především na kůži suchou. Emoliencia změkčují, zvláčňují, upravují pH a napomáhají regeneraci kůže.

Mezi keratolytika patří kyselina salicylová, jejíž efekt spočívá v potlačení tvorby šupin a jejich uvolnění, posiluje také resorpci glukokortikoidů, a proto bývá součástí jejich produktů. Dalším keratolytikem je urea, která má hydratační účinky a snižuje svědění. Lze ji nalézt v běžně prodávaných přípravcích (např. v tělovém mléku).

### Glukokortikoidy

V dermatologii patří mezi nejvíce předepisované léky. Mezi základní léky patří především pro své protizánětlivé, antiproliferativní a imunosupresivní účinky. Jsou vhodné do akutní intervenční léčby a pro léčbu kštice, nehtů a psoriasis inversa. Kortikoidy se dělí do 4 generací, na slabé, středně silné, silné a velmi silné a jejich aplikace se doporučuje na noc.

Pokud chce lékař zvolit kortikoidy pro léčbu, je nutné, aby pacientovi podal ucelené a přehledné informace o celé problematice. Lékař by měl vysvětlit vhodnost kortikoidů, na jaká ložiska a lokalizaci je dobré je používat, jaké jsou nežádoucí účinky (dále jen NÚ) a jak jim předcházet, jak postupovat v léčbě a proč jsou nutné kontroly u lékaře.

Většina pacientů se bojí NÚ, ale lze je minimalizovat a to při dodržování léčby a kontrolami u lékaře, který v případě podezření na NÚ léčbu upraví. NÚ se dělí na kožní, celkové a farmakologické, při dodržování zásad správné aplikace se však NÚ nevyskytují často. Mezi kožní problémy patří atrofie, strie, poruchy pigmentace, snížení hojení ran a další. Celkové NÚ jsou způsobeny vlivem kortikoidů na hormonální osu

hypotalamus-hypofýza-nadledviny. Farmakologickým účinkem je myšlen stav, kdy po určité době aplikace může dojít k tomu, že léky nefungují.

### Analoga a deriváty vitaminu D3

V lokální terapii jsou poměrně novými léky a primárně se používají k léčbě ložiskové psoriázy, kde je jejich účinek patrný do 14 dnů. Efekt léčby je srovnatelný se středně silnými až silnými kortikoidy. Analoga jsou bezpečná a dlouhodobě účinná a při lokální aplikaci mají, na rozdíl od systémové aplikace, pouze malý vliv na zvýšení kalcia v krvi.

Jejich účinek je imunomodulační, prodiferenciační a selektivně antiproliferativní (působí pouze na buňky rychle se dělící). Analoga lze kombinovat s kortikosteroidy, fototerapií UVB a PUVA terapií, ale nevhodná je jejich kombinace s kyselinou salicylovou, protože dochází k inaktivaci analog D3. Nevýhodou je přechod do mateřského mléka, ale nejsou mutagenní ani teratogenní. Z vedlejších účinků se může projevit podráždění kůže v místě aplikace a těsném okolí a nemohou se podávat osobám s poškozenými játry a ledvinami a také u osob s poruchou metabolismu vápníku.

### Retinoidy

Jedná se o deriváty biologicky aktivní formy vitaminu A. Jejich účinek je antiproliferativní, imunomodulační, diferenciační a protizánětlivý. Používají se pro léčbu mírné až středně těžké psoriázy, na stabilní a méně rozsáhlé projevy. Nástup účinku je pomalejší než třeba u kortikoidů, ale lze je použít k udržovací léčbě nebo jako kombinace s lokálními kortikoidy, analogy D3 vitaminu či fototerapií.

Nedoporučuje se použití u gravidních a kojících žen, není však teratogenní, mutagenní ani kancerogenní. Alergické reakce se neobjevují a lokální snášenlivost je dobrá, může se objevit reakce z podráždění, není proto vhodné aplikovat je na citlivá místa.

### Cignolin

Používá se u středně těžké až těžké chronické ložiskové psoriázy, kde má velmi dobrou účinnost. Má antiproliferativní účinky a není mutagenní ani kancerogenní. Jeho nevýhodou je, že se nesmí používat na citlivé partie a u akutní psoriázy a nesmí přijít do styku se světlem, vzduchem, zásadami a kůží (kromě postižených míst), jinak dojde k jeho znehodnocení. Nanáší se proto špátlí, gumovou či igelitovou rukavicí, nebo

kartáčkem. Cignolin barví kůži a všechny předmět se kterými přijde do styku do hněda až fialova.

Používá se jako monoterapie, nebo v kombinaci s fototerapií a používá se také, jako tzv. minutová terapie kdy se aplikuje na postižená ložiska na 15-30 minut (dle stádia léčby). Lék je možno aplikovat obden, což je výhodné z důvodu menšího dráždění pokožky (někdy se objevuje slabý erytém) a lze ho použít i na dlouhodobou léčbu a velká ložiska, je však nutné kontrolovat jaterní a ledvinné testy a krevní obraz.

### Dehty a ichtamol

Vzhledem k používání účinnějších lokálních léků a nízké kosmetické přijatelnosti, jsou v dnešní době využívány méně, než dříve.

Dehty se používají formou minutové terapie a to především při hospitalizaci. Mají schopnost fotosenzibilizovat a proto se kombinují s fototerapií, další mírné účinky jsou antiproliferativní, antipruginózní, antimikrobiální a protizánětlivé. Jejich nevýhodou je, že páchnou, barví kůži a oblečení, dráždí okolí a mohou způsobit i alergickou dermatitidu. Účinné a hodně využívané jsou dehty ve formě roztoků (šampónů) na léčbu psoriázy hlavy.

Ichtamol se používá na středně těžkou až těžkou psoriázu a jedná se o olej. Užívání není příliš rozšířené, aplikuje se při hospitalizační nebo stacionární léčbě jako minutová terapie. Oproti dehtu není fototoxický ani dráždivý a účinky má téměř shodné s dehty. Přidává se např. ke kortikoidům, kde zvyšuje jejich účinek.

### Balneoterapie

Formou zevní terapie je také balneoterapie (koupelová léčba, nebo obecně lázeňská léčba), která je účinná, bezpečná a příjemná. Uplatňuje se v kombinované léčbě kde má efekt s fototerapií jako tzv. koupelová PUVA nebo jako solná koupel s ozářením UVB. Nejvíce se balneoterapie využívá v hospitalizační nebo stacionární léčbě, v lázeňství a přirozenou formou je pobyt u moře.

(4, 5, 7, 12, 14, 15, 24, 25)

### **2.4.3. Celková terapie – cyklosporin, acitrecin, metotrexát, biologická léčba**

Vnitřní terapie je určena pro lidi s těžkou formou lupénky, nereagující na světloléčbu a lokální léčbu a pro pacienty, jejichž stav omezuje pracovní schopnost, soběstačnost



nebo je velmi snižená kvalita života. Léky pro celkovou terapii se dělí do 2 linií, do první patří cyklosporin A, acitrecin (paří mezi retinoidy) a metotrexát a do 2. Linie patří biologická léčba. Při volbě léku bereme v úvahu formu psoriázy, přidružená onemocnění, reakci na předešlou léčbu antipsoriaticky a schopnost spolupráce pacienta (mentální, časovou i finanční).

Všechny celkové léky mají riziko vedlejších a nežádoucích účinků a je proto třeba zvážit poměr výhod a nevýhod. Nežádoucím účinkem léků 1. Linie je kumulativní toxicita, lékové interakce a problémy při dlouhodobém užívání, kdy je nelze použít pro udržovací léčbu. Před léčbou je nutné provést laboratorní vyšetření a i v průběhu léčby se intenzivně věnovat klinické monitoraci pacienta, velmi důležitým bodem při zahajování léčby celkovými léky je edukace. Celkové antipsoriatické léky mohou mít vliv na ostatní medikaci, kterou pacient užívá a je proto nutné při předepisování jakéhokoliv další medikace informovat lékaře.

Chyby celkové léčby jsou nevhodné dávkování, rychlé snížení nebo vysazení léku a nedostatečná informovanost pacienta, který může při objevení prvních příznaků léčbu zastavit a hrozí tak riziko opětovného zhoršení stavu.

### Cyklosporin A

Je indikován u nejtěžších forem lupénky, kde je jiná léčba rezistentní a také je určen na léčbu erythrodermie a artropatie. Má imunosupresivní účinek a efekt léčby je viditelný již po týdnu užívání. Lék bývá dobře snášen, není ale vhodný pro udržovací léčbu. Kombinace je vhodná s lokálními léčivy, nedoporučuje se kombinovat s biologickou terapií a s fototerapií, kdy po celou dobu užívání cyklosporinu je nutná ochrana před sluncem. Cyklosporin také reaguje s řadou léků, a proto je nutná monitorace a popř. úpravy dávek.

Dávkování je velmi individuální a je nutné reakce pacienta na léčbu sledovat. Většinou se začíná vyšší dávkou, která je účinnější, ale s rizikem vzniku NÚ. Pokud pacient na lék zareaguje dobře, dávka se sníží, pokud se efekt nedostaví do měsíce, je vhodné lék vysadit a zvolit jinou léčbu.

Cyklosporin má mnoho NÚ, které jsou odvozené od dávky léku a věku pacienta. Jedná se o poruchy jater, ledvin, bolesti hlavy, únavu, křeče, otoky obličeje, třes, zažívací potíže, chřipkové příznaky a arteriální hypertenzi, která po vysazení léku odezní. Monitorují se jaterní testy, funkce ledvin a také krevní tlak. Kontraindikací léčby (dále jen KI) jsou malignity, nefropatie a hepatopatie, současná léčba PUVA,

imunodeficiencie, pacienti mladší 18 let, ženy gravidní a kojící, pacienti s erythrodermickou formou psoriázy a s těžkými infekcemi. Pacient si také musí dát pozor na očkování živou vakcínou, které lze provést až 3 měsíce po ukončení léčby.

### Acitrecin

Patří mezi retinoidy, které byly původně vyráběny jako protinádorové léky. Jeho účinky jsou proiferenciační, imunomodulační a antiflogistické a cílem léčby je normalizace rohovatění. Používá se u těžké psoriázy různých forem, nástup účinku je pozvolný a acitrecin lze použít pro udržovací léčbu. Jeho použitím lze snížit kancerogenní riziko u fotochemoterapie PUVA a lze kombinovat s celkovými, lokálními i biologickými léčivy. U dětí nepatří mezi vhodné léky.

Má řadu NÚ, jako svědění, padání vlasů, bolesti svalů a kloubů, vysušení sliznic, suchost rtů a kůže, nevolnost, průjem zvracení, bolest hlavy, vznik ragád nebo citlivost vůči UV záření. Při velké fyzické námaze se může objevit bolest svalů a kloubů, výjimečně může mít pacient zažívací potíže. KI jsou ženy gravidní, kojící a plánující děti (nedoporučuje se otěhotnět dříve, než dva roky po léčbě) a také léčba tetracyklinem.

### Metotrexát

Byl první celkový lék pro léčbu lupénky. Používá se u těžké ložiskové formy lupénky a také, je-li současně postižena kůže a klouby. Jeho účinky jsou antiproliferativní, imunomodulační a protizánětlivé a je vhodný k dlouhodobé léčbě a ke kombinaci s lokálními léčivy. Nástup účinku je pozvolný a dostaví se přibližně po měsíci. Cílem léčby je stabilizace a výrazné zlepšení projevů, lék se nesmí náhle vysadit z důvodu relapsu. Pokud pacient současně užívá sulfonamidy nebo salicyláty, může dojít k předávkování.

NÚ léčby metotrexátem jsou poměrně časté, závislé na dávce léku a objevují se v prvních 6 týdnech léčby. Jedná se o únavu, bolesti hlavy, závrať, nauzeu, zvracení, zimnici, horečku či neostré vidění. Vzácně se mohou objevit i vážnější nežádoucí účinky jako je cystitida, vznik kožních nádorů a lymfomů. Jako prevence zažívacích problémů je vhodné podávat je po jídle a popř. podat antiemetika. KI jsou ženy gravidní, kojící a plánující rodinu (metotrexát je mutagenní), pacienti s poškozením jater, s TBC, glomerulonefritidou, onemocněním krve, nádory, alkoholicí a pacienti se závislostí. Je důležité monitorovat výsledky jaterních testů a krevního obrazu.

## Biologická léčba

Jedním z nejmodernějších terapeutických postupů v lékařství je biologická léčba. I v dermatologii našla tato léčba uplatnění, ale vzhledem ke stále probíhajícím výzkumům těchto léčiv je soustředěna pouze na vybraná pracoviště v naší republice.

*„Biologika jsou biotechnologicky vyráběné celkové léky cíleně modifikující biologickou odpověď na molekulární úrovni“.*<sup>7</sup>

Vzhledem k velkým finančním nákladům na biologika, musí pacient, kterému je léčba indikována splňovat určitá kritéria. Používá se u pacientů, kteří jsou kandidáti na celkovou léčbu, u ložiskové psoriázy dospělých (středně těžké až těžké formy), a tam, kde pro nedostatečný efekt není možné kombinovat celkové léčebné postupy, kterými jsou fototerapie, acitrecin, metotrexát a cyklosporin A.

Účinnost biologik není zřejmá okamžitě, je nutné je užívat déle. Léky jsou většinou dobře snášené a bezpečné, ale vzhledem ke stále probíhajícím výzkumům v této oblasti existuje riziko vzniku nádorů a infekcí. Rozdíl mezi jednotlivými biologiky je způsoben jejich odlišnou strukturou, vlastnostmi, rychlostí nástupu účinku či profilem bezpečnosti. Většinou se biologika užívají jako monoterapie, ale v případě potřeby lze jako doplňující léčbu zvolit lokální léčiva.

Biologika jsou určena k dlouhodobé léčbě s maximální délkou aplikace 2 roky. Pokud nedorazí do 3 měsíců ke zlepšení stavu o 50% je léčba ukončena jako neúčinná, ukončit by se léčba měla i v případě, že vznikají vážné nežádoucí účinky, pacient léčbu netoleruje nebo se u pacienta objevilo nádorové onemocnění. Aplikují se výhradně parenterálně (mimo trávicí ústrojí) a podle dosavadních zkušeností s touto léčbou se zdá, že mají méně NÚ než ostatní celková léčiva, nebude docházet k lékovým interakcím a nebude ani riziko kumulativního toxického působení při dlouhodobé léčbě.

NÚ mohou být kožní, močové nebo respirační infekce, nespecifická zánětlivá reakce v místě vpichu po aplikaci, srdeční nedostatečnost nebo chřipkové příznaky. Důležitým bodem při výběru vhodného biologika je zohlednit jeho kontraindikace, které jsou odlišné dle jednotlivých léků, ale obecně je lze shrnout takto: gravidita, kojení, alergie na biologické léčivo, chronické infekce, malignity, věk do 18 let, imunodeficience, srdeční nedostatečnost, onemocnění krve, poškození ledvin a jater, chronické plicní infekce, hepatitida B a C, dekompenzovaný diabetes mellitus nebo HIV pozitivita.

---

<sup>7</sup> BENÁKOVÁ, N., ŠTORK, J. *Terapeutické postupy v dermatovenerologii - Léčba psoriázy biologiky.*

Před léčbou musí lékař pacienta důkladně vyšetřit a je nutné, aby léčbu konzultovat s pacientem a společně aby zvážily poměr rizik a přínosů. Důležitá je podrobná anamnéza, orientační fyzikální vyšetření, vyloučení KI. V průběhu léčby je nutné provádět kontroly laboratorních výsledků jako je KO s diferenciálním rozpočtem leukocytů, urea, kreatinin, jaterní testy, chemické vyšetření moče a sedimentu a screeningové vyšetření na tuberkulózu. Také se při kontrolách pacienta ptáme na celkový zdravotní stav, příznaky infekce a vyšetříme uzliny a prohlédneme kůži. (4, 5, 9, 12, 13, 14, 15, 21, 27)

#### **2.4.4. Fototerapie a fotochemoterapie**

Fototerapie a fotochemoterapie jsou v léčbě psoriázy velmi důležitými léčebnými postupy a jsou na úrovni celkové léčby. Účinnost je přibližně 75% a hlavní indikací je ložisková rozsáhlejší lupénka.

Před fototerapií je důležitá podrobná anamnéza pacienta, s ohledem na snášenlivost slunečního či umělého UV záření, také je důležité stanovit fototyp a vyloučit KI. KI jsou nádory na kůži, těhotenství, laktace, porucha funkce jater (psoraleny jsou hepatotoxické), alergie na psoraleny, ale také epilepsie, klaustrofobie, těžká kardiovaskulární onemocnění i jiné celkové choroby. Pacient musí být důkladně poučen a podepisuje informovaný souhlas s léčbou.

Zdrojem záření jsou lokální nebo celotělové zářiče a mechanismus, kterým UV záření na kůži působí, není zcela jasný. Při záření je důležité chránit oči, obličej, krk a genitál. NÚ mohou být akutní a chronické. Akutní vznikají při předávkování zářením a jde zejména o kožní reakce. Mezi chronické, které se objevují s odstupem i několika let, patří stárnutí kůže, vznik karcinomů nebo poruchy pigmentace.

V oblasti světloléčby je stále snaha o vylepšování a zjednodušování léčby jak po stránce časové, tak i finanční.

#### Fototerapie

V současnosti se léčba začíná UVB zářením pro jeho vyšší účinnost a bezpečnost. Ozařování probíhají nejčastěji 3-5x za týden a účinnost lze zvýšit, ošetří-li se ložiska před ozařením mastnou masťou. Kombinace fototerapie a lokální léčby je vhodná a zvyšuje účinnost.

Ozáření UVB bývá kombinováno s lokálními léky (dehet, kortikoidy), které mohou urychlit hojení a snížit tak celkovou dávku záření. Kombinace UVB s deriváty vit. D3 je účinná u chronické psoriázy a je dobře snášena, u některých kombinací však převažují negativní výsledky nad pozitivními.

#### Fotochemoterapie PUVA

Jedná se o kombinaci psoralenů (látky zvyšující účinnost světla) a UVA záření. Psoraleny brání proliferaci epidermálních buněk a existují jako roztok, krém a tablety. Jako tablety se užívají 1-2 hod. před ozářením. Před léčbou touto metodou je nutné provést vyš. Pacienta – jaterní testy z krve a oční vyš. (vyloučení katarakty).

Balneofotochemoterapie (koupelová PUVA) jedná se o koupel v roztoku psoralenů s následnou aplikací UVA záření. Může jít o koupel celkovou nebo lokální, nejčastěji na oblast rukou a nohou. Výhodou je snížení dávky záření a NÚ psoralenů, kterými jsou nevolnost, citlivost na světlo, nebezpečí katarakty.

(4, 7, 12)

### **2.4.5. Doplnková léčba – psychoterapie, dietoterapie, klimatoterapie**

#### Psychoterapie

Psychosomatické a psychosociální vlivy, mají na stavu lupénky velký podíl, avšak různý u každého pacienta. Stres má vliv na zhoršování stavu kůže a zhoršování fyzických projevů se zase podepisuje na duševním stavu pacienta. Jedná se o začarovaný kruh, který někteří pacienti nejsou schopni překonat. V takovém případě je možné navštívit odborníka, který pomocí individuální psychoterapie, hypnózy, autogenního tréninku nebo skupinové terapie pacientovi pomůže. Psychoterapeutickou roli má i ošetřující kožní lékař, který by měl pacientovi zodpovědět jeho otázky. Nejdůležitější úlohu má rodina, která by měla být pacientovi oporou nejen v době remise, ale i relapsu. (19, 20)

#### Dietoterapie

Specifická dieta pro pacienty s lupénkou neexistuje. Je však důležité předcházet zhoršování choroby a k tomu nám slouží i úprava životosprávy. Pacient by měl mít stravu s omezeným množstvím tuků a solí, kaloricky vyváženou. Nevhodná je konzumace alkoholu a kouření.

Potraviny lze jednoduše rozdělit na méně vhodné a doporučené. Mezi méně vhodné patří tučná, ostrá a výrazně kořeněná jídla, uzeniny, smažená jídla, destiláty, solené či smažené pochoutky. Vhodné jsou naopak rostlinné tuky, nízkotučné mléčné výrobky, libové maso a ryby, všechno ovoce a zelenina, celozrnné pečivo. Z výčtu je jasné, že nejvhodnější technologické postupy jsou vaření, dušení, pečení, grilování a výjimečně smažení. Jídelníček je také nutno přizpůsobovat aktuálnímu stavu nemoci. (17)

### Klimatoterapie

Pod pojem klimatoterapie lze zařadit působení slunečního světla, minerálních pramenů nebo bahna bohatého na minerály a pobyty v lázních či u moře.

Velmi často využívané jsou právě pobyty u moře, kde se spojuje působení slunce a minerálů mořské vody. Kromě ovlivnění viditelných projevů lupénky má pobyt u moře kladný vliv na psychiku. Doporučovaná doba pobytu je 3 týdny až měsíc, což si z finančních důvodů nemůže většina pacientů dovolit, ale i týdenní dovolená pacientům velmi prospívá. Pro děti, nejen s lupénkou, jsou pořádány ozdravné pobyty v Řecku nebo Chorvatsku, které jsou na 3 týdny a jsou pojišťovnou z části hrazeny, ale i tak nejsou finančně dostupné pro všechny dětské pacienty.

Lázně zaměřené na psoriatické pacienty jsou u nás sirné lázně Ostrožská Nová Ves a na Slovensku pak Kúpele Smrdáky, které jsou velmi vyhlášené a věnují se nejen kožním, ale i kloubním projevům lupénky.

Jako doplňkovou léčbu lze u psoriázy použít také meditaci, jógu, hypnózu, akupunkturu (zapichování jehliček do určitých bodů na těle a ovlivnění jednotlivých orgánů či jejich funkcí), fytoterapii (léčba rostlinami) či reflexologii (tlakem na určitá místa na těle lze ovlivnit jednotlivé orgány). U dětí pak lze využívat arteterapii (léčba prací), kdy dítě zaměstnáme nějakou činností, aby se na lupénku a její projevy, jako je například svědění, neměli čas soustředit. Další využívanou metodou je homeopatie. Homeopatika jsou léky, které mají velmi málo účinné látky, díky čemuž jsou bez vedlejších účinků a léčba se řídí principy „podobné léčí podobné“. (10, 20, 26)

## **2.5.Ošetrovatelská péče o pacienta s psoriázou**

Jakékoliv kožní onemocnění, včetně lupénky, by mělo být stále aktuálním tématem nejen v oblasti vědy a výzkumu, ale i tématem, které je lidem předkládáno v tisku či televizi. Mnoho onemocnění bylo dlouho tabu, ale poslední dobou, kdy i o vážných onemocněních, jako je třeba rakovina, mluví slavné osobnosti, je pro běžné zdravé lidi jednodušší si představit život nemocného. Kožní onemocnění se téměř neprezentují, vynecháme-li odborné časopisy či pořady určené spíše odborné, než laické veřejnosti. Většina lidí si tak nejen neumí představit, jak pacient s lupénkou žije, ale ani to, jak takové onemocnění vypadá.

Psoriáza se týká obou pohlaví, všech věkových skupin, lidí jakéhokoliv postavení či vzdělání, tak proč se o ní nemluví... Pacienti s velkými i minimálními projevy lupénky jsou si svého onemocnění a s tím spojených omezení vědomy a často se stává, že se straní některých situací, nebo společenských aktivit, při kterých by mohlo jejich onemocnění vyjít najevo, jelikož se obávají reakce ostatních. Často jsou obavy oprávněné, neboť okolní lidé stále nejsou dostatečně informováni a nemocní se tak setkávají s nepochopením a někdy i s projevy odporu, ze strany ostatních.

Přesto, že se o psoriáze učí studenti na každé zdravotnické škole, můžeme se setkat i s nedostatečně informovanými sestrami, které k psoriatikům přistupují s větší opatrností a někdy i s určitým odstupem, zvláště jedná-li se o těžkou formu lupénky.

### Ošetrovatelský proces

Pokud se zaměříme na příjem pacienta k hospitalizaci v nemocničním zařízení, je nejdůležitějším bodem sesterská ošetrovatelská anamnéza, na kterou by měl být dostatek času, vhodné místo a klid. Pacient by v tu chvíli měl být k sestře naprosto otevřený a to nejen v rámci otázek, které mu sestra pokládá na základě standardní ošetrovatelské anamnézy typické pro danou nemocnici či oddělení. Pacient by měl sestře sdělit věci, které jsou pro něho důležité, nebo které mu přijdou, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu běžné a nejsou v anamnéze uvedeny. Nemocný by sám měl říci, že má lupénku a kde a jaké projevy má. Lupénka by v některých případech mohla být při zběžném zhlednutí zaměněna například za alergickou reakci. Také přijímající lékař musí být informován o všech přidružených onemocněních pacienta a o tom, jakou medikaci užívá, či jaká léčba u něho probíhá a to z důvodu prevence lékových interakcí.

Důležité je uvědomit si rozdíl mezi ošetřováním pacienta, který již psoriázu má a své onemocnění zná a tím, když se první příznaky objeví v průběhu hospitalizace. V takovém případě je vhodné pacientovi podat co nejvíce ucelených informací, doporučit mu kožního lékaře a nechat prostor pro jeho otázky. Je-li to možné, je vhodné, aby pacient co nejdříve konzultoval vznik lupénky s odborníkem a v případě potřeby se ihned zahájila léčba.

Vhodné ošetrovatelské diagnózy lze dle NANDA taxonomie z roku 2005 určit takto<sup>8</sup>:

#### 00004 Riziko infekce

Definice: Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla

Rizikové faktory: chronické onemocnění, destrukce tkáně, zvýšená expozice patogenům

#### 00046 Porušená kožní integrita

Definice: Porušená kožní integrita je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se změna epidermis a/nebo dermis

Určující znaky: destrukce dermis

Související faktory: vliv medikace, změny cirkulace krve, změny elasticity kůže

#### 00053 Sociální izolace

Definice: Sociální izolace je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je v důsledku nějaké situace nebo v důsledku chování lidí osamocený a tato situace má na jeho stav negativní nebo ohrožující vliv

Určující znaky: cítí se na veřejnosti nejistě, pociťuje rozdílnost od jiných osob, smutek

Související faktory: změny v tělesném zjevu, změny stavu zdraví a sociální pohody

#### 00078 Neefektivní léčebný režim

Definice: Neefektivní léčebný režim je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedodržováním léčebného režimu a nenaplňováním svých zdravotních potřeb

Určující znaky: neredukuje rizikové faktory progresu onemocnění a jeho následků

---

<sup>8</sup> MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*



Související faktory: deficit ve znalostech, složitost léčebných opatření, nedůvěra

#### 00079 Nedodržení léčebných opatření

Definice: Nedodržení léčebných opatření je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož chování se neshoduje s předem odsouhlaseným zdravotně preventivním a léčebným plánem a může navodit klinicky neefektivní nebo částečně neefektivní výsledky péče

Určující znaky: nedodržuje doporučení léčby a péče, rozvoj příznaků nemoci

Související faktory: znalosti a dovednosti významné pro léčebný režim, individuální zdravotní přístup

#### 00082 Efektivní léčebný režim

Definice: Efektivní léčebný režim je standardizované označení situace, ve které nemocný člověk dodržuje léčebný režim, provádí prevenci komplikací a dosahuje stanovených zdravotních cílů. Dodržování léčebného režimu jej u něj možné zlepšit

Určující znaky: nemocný vhodně volí činnosti, které souvisejí s léčbou nebo prevencí, nemocný se chce podílet na redukci progresu onemocnění a jeho komplikací

#### 00118 Porušený obraz těla

Definice: Porušený obraz těla je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je zmatený z psychického zobrazení a vnímání vlastního těla

Určující znaky: vyhýbá se sledování vlastního těla nebo přiznání si změny, sděluje roztrpčení ze svého zevnějšku, struktury nebo funkce těla

Související faktory: ve struktuře nebo funkci těla je aktuální změna, má negativní pocity z vlastního těla, obává se odmítnutí lidmi, nebo má strach z jejich reakcí

#### 00125 Bezmocnost

Definice: Bezmocnost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s pocitem neschopnosti ovlivnit výsledek událostí a s pocitem nedostatečné kontroly sledu událostí

Určující znaky: klient sděluje, že nemůže ovlivnit situaci, je apatický, nepodílí se na plánu péče

Související faktory: vliv prostředí ve zdravotnickém zařízení, režim daný onemocněním

#### 00126 Deficitní znalosti o onemocnění

Definice: Deficitní znalost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s chybějícími nebo nedostatečnými informacemi k určitému tématu

Určující znaky: hovoří o nedostatečné znalosti, nepřesně dodržuje pokyny instruktáže

Související faktory: nezáměr učit se nové, nedostatek orientace v nové, problematické záležitosti a nedostatek informací

#### 00146 Úzkost

Definice: Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý

Určující znaky: nepokoj, neklid, nejistota, obavy, zhoršená pozornost, potíže s koncentrací

Související faktory: změna ve zdravotním stavu, stres, neuvědomělý konflikt základních hodnot nebo životních cílů

Uvedené diagnózy jsou seřazeny podle číselného kódu, nikoliv podle priorit, které jsou u každého pacienta individuální a nejsou rozděleny ani podle toho, zda je pacient v léčbě aktivní či pasivní. Takové dělení by mohlo být provedeno pouze v případě aplikace na konkrétní kazuistiku.

Cílem ošetrovatelské péče o psoriatického pacienta je péče o kůži s ohledem na prevenci vzniku a šíření infekce, aplikace ordinovaných léčiv, psychická podpora pacienta a edukace s ohledem na stav lupénky i přidružených onemocnění.

Jak vyplývá i z navržených diagnóz bývá u pacienta velmi problematická právě oblast psychiky. Často je nutné vyrovnat se s projevy lupénky na velmi citlivých a viditelných místech, což je problematické nejen pro ženy, ale i pro muže a to v jakékoliv věkové kategorii.

Realizace ošetrovatelské péče se bude lišit v závislosti na tom, je-li pacient hospitalizován na specializovaném kožním oddělení kvůli psoriáze, nebo zda jde o hospitalizaci z jiného důvodu na běžných odděleních. Na kožním oddělení je péče věnována přímo lupénce a jejímu aktuálnímu průběhu. Nejdůležitějším bodem je najít a přizpůsobit léčbu pacientovi, jeho stavu a reakcím na léčbu. Přesto, že jsou stanoveny

standardy, jak se léčba konkrétními preparáty zahajuje a jak pokračuje, je nutné pacienta intenzivně sledovat a komunikovat s ním, aby v případě jakýchkoliv nežádoucích účinků bylo možné léčbu upravit, nebo pozastavit. Na specializovaných odděleních je pacient obklopen lidmi, kteří jsou na tom po zdravotní stránce obdobně, což je z hlediska psychického stavu pro pacienta lepší, než na běžném oddělení, a i personál je zde proškolen a má zkušenosti s léčbou takto nemocných pacientů.

Na standardním oddělení je největší důraz kladen na onemocnění, které je důvodem hospitalizace. Je-li nutná každodenní péče o kůži, je nutné zvážit, zda to zvládne pacient sám, nebo s pomocí sestry z oddělení, nebo je vhodnější zavolat si na konzultaci odborného lékaře, který v případě potřeby upraví léčbu s ohledem na aktuální stav pacienta. V souvislosti se změnou prostředí z domácího na nemocniční a z důvodu nově přidáných léčiv, se může stát i dlouhodobě účinná léčba lupénky neúčinnou, či naopak agresivní. Z výše uvedeného vyplývá, že je v péči o pacienta nutná mezioborová spolupráce jednotlivých lékařů.

Ke zhodnocení dosažených cílů lze použít metodu pozorování – vyzveme pacienta, aby provedl péči o kůži sám, podle schématu, který předtím zvolila ošetřující sestra. Na pacienta dohlížíme a v případě potřeby zasáhneme, aby péče o kůži byla provedena důsledně a pacient si na navržený postup zvykl. Další možností je rozhovor, kdy se pacienta ptáme, jak a zda vůbec, porozuměl navrženým opatřením, a zda mu něco dělá problémy. V případě potřeby mu poskytneme další informace, či doporučíme, kde může více informací získat, jako např. odborná literatura, internetové stránky, ošetřující kožní lékař.

Při péči o pacienta s lupénkou je nutné s pacientem komunikovat a dát mu najevo náš zájem nejen o jeho onemocnění, ale i o něho, jako jedinečnou bio-psycho-sociální a spirituální bytost. Je důležité nejen pacientovi předkládat navržená opatření, ale především je s ním konzultovat a zvážit jeho časové i finanční možnosti na zvládnutí léčby. I s dotazníkového šetření, kde měli respondenti možnost volného vyjádření, vyplývá, že otázka financí je nejen při doplňkové léčbě (např. pobyt u moře, či v lázních) nemalým problémem. (16, 18, 29)

### 3. VÝZKUMNÁ ČÁST

#### 3.1. Cíle a hypotézy

Před zahájením výzkumu na téma „*Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě*“ byli na jaře roku 2010 zvoleny dva cíle práce a z nich dvě odpovídající hypotézy.

Cíle byly stanoveny tyto: 1) Zjistit, zda mají psoriatici dostatek informací o své nemoci  
2) Zjistit, jak pacienti přistupují k léčbě

Hypotézy byly formulovány takto:

- 1) Pacienti jsou o své nemoci informováni dostatečně
- 2) Pacienti přistupují k léčbě aktivně a se zájmem

#### 3.2. Charakteristika výzkumu

Výzkum je zaměřen na získání ucelených informací, potřebných ke zhodnocení předem navržených hypotéz.

##### 3.2.1. Použitá technika

Abychom získali námi požadované informace, byl pro účely výzkumu vytvořen strukturovaný dotazník, viz příloha č. 1. Dotazník je tvořen 23 otázkami, které jsou uzavřené, polouzavřené nebo otevřené. Některé otázky nám definují výzkumný vzorek, další nás informují o tom, jak pacienti znají své onemocnění (jedná se o otázky, kde lze jednu z odpovědí označit jako správnou) a několik otázek je přímo zaměřených na přístup pacienta k vlastnímu onemocnění a k léčbě. Ve většině otázek je vyžadována pouze jedna odpověď, ve dvou otázkách bylo možno jich označit více. Poslední položkou v dotazníku byla možnost se k problematice volně vyjádřit, což někteří respondenti využili a jejich názory jsou uvedeny jako příloha č. 2.

Dotazníků bylo rozdáno 100 kusů a s ohledem na to, že respondenti předem souhlasily s vyplněním, je návratnost 100%. Jeden dotazník tedy představuje 1% z celkového počtu. Dotazníky, kde některá z odpovědí nebyla označena, byly ponechány jako součást výzkumu a ve výsledcích se zobrazují jako položka „bez odpovědi“.

### **3.2.2. Harmonogram výzkumu**

Dotazníkové šetření mezi respondenty probíhalo především v červenci a srpnu 2010. Jelikož nebylo v daném období dosaženo požadovaného množství vyplněných dotazníků, pokračovalo šetření ještě v období září až prosinec 2010.

### **3.2.3. Výzkumný vzorek**

Jako výzkumný vzorek, byli vybráni lidé postiženi lupénkou, a to bez jakéhokoliv omezení, jedná se tedy o osoby obou pohlaví, různého věku, vzdělání, či charakteru onemocnění. Byli vybráni lidé z celé ČR – zastoupení jednotlivých oblastí či krajů není pro vyhodnocení důležité a neptáme se na něj ani v dotazníku.

## **3.3. Analýza výsledků**

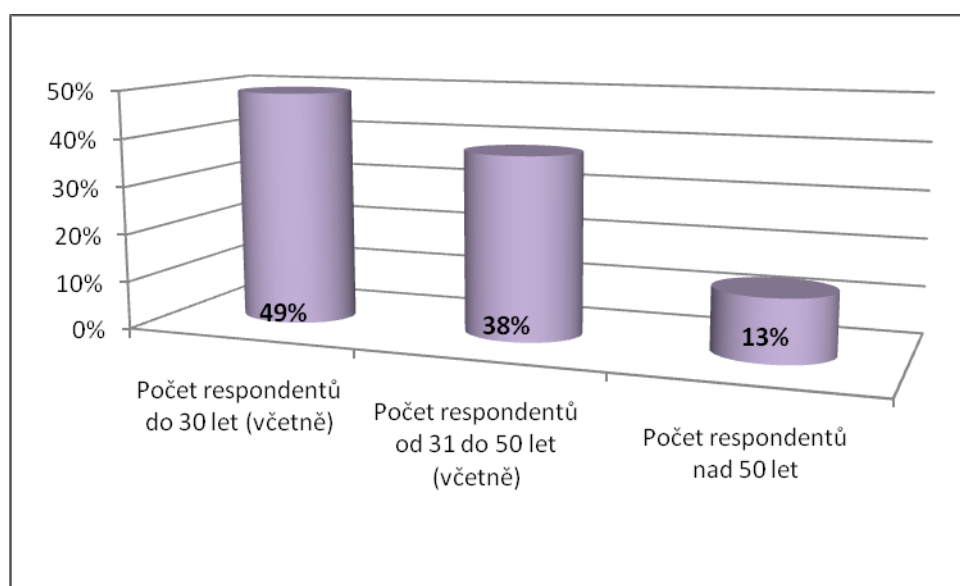
Analýza je formou samostatného zhodnocení jednotlivých otázek, které jsou shrnuty v tabulce a zobrazeny grafem. U každé otázky je pro lepší porozumění výsledkům také faktické slovní zhodnocení. V otázkách, kde se respondenti samostatně vyjádřily, jsou jejich komentáře součástí slovního zhodnocení.

## Otázka č. 1: Věk?

Tab. 1 Věk respondentů

Nejnižší věk respondenta	16 let
Nejvyšší věk respondenta	77 let
Průměrný věk respondentů	34,5 let
Počet respondentů do 30 let (včetně)	49%
Počet respondentů od 31 do 50 let (včetně)	38%
Počet respondentů nad 50 let	13%

V první otázce, jsme zjišťovaly, jaký je věk zúčastněných respondentů. Nejmladšímu respondentovi bylo 16 let, nejstaršímu pak 77 let. Průměrný věk všech zúčastněných byl 34 a půl roku. Pro lepší orientaci věkového zastoupení respondentů, jsou vytvořeny 3 věkové kategorie, do kterých jsou respondenti zařazeni. Procentuální zastoupení jednotlivých věkových kategorií ukazuje graf č. 1.



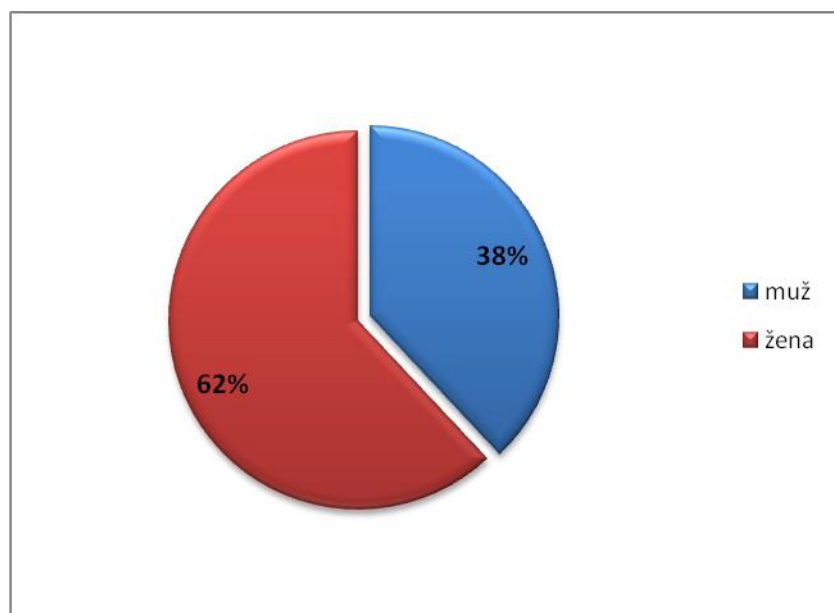
Graf č. 1 Procentuální zastoupení věkových kategorií

## Otázka č. 2: Pohlaví?

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Ženy	62%
Muž	38%

Ve druhé otázce jsme se ptali na pohlaví respondentů, kdy 62% uvedlo pohlaví ženské a 38% dotázaných pohlaví mužské.



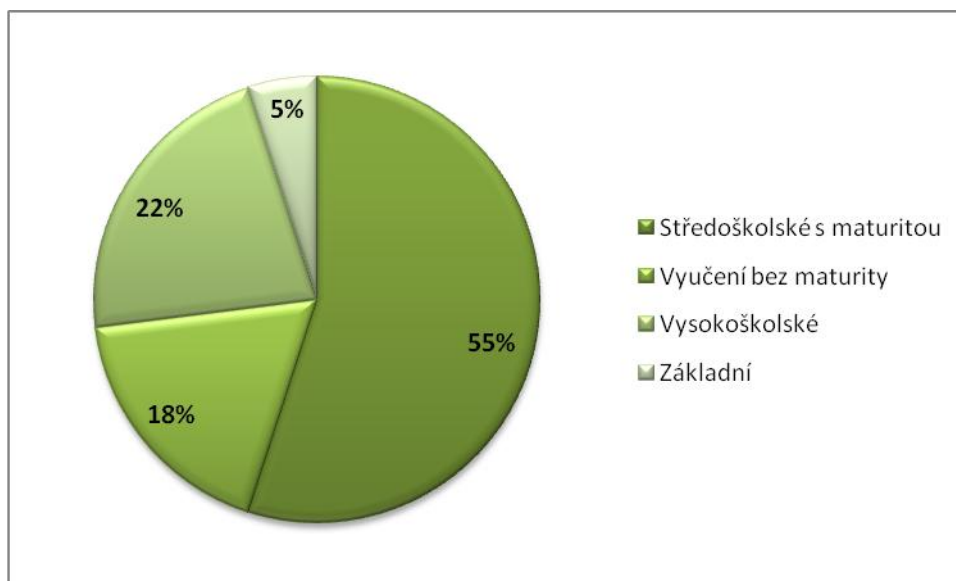
Graf č. 2 Pohlaví respondentů

### Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Základní	5%
Vyučení bez maturity	18%
Středoškolské s maturitou	55%
Vysokoškolské	22%

Ve třetí otázce jsme zjišťovaly, jakého nejvyššího vzdělání respondenti dosáhli. Nejméně ze všech, a to 5% dotázaných uvedlo, že mají vzdělání základní, vyučení bez maturity uvedlo 18% tázaných, středoškolské vzdělání zakončené maturitou označilo přes polovinu respondentů, konkrétně to bylo 55% a k vysokoškolskému vzdělání se přihlásilo 22% dotázaných.



Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

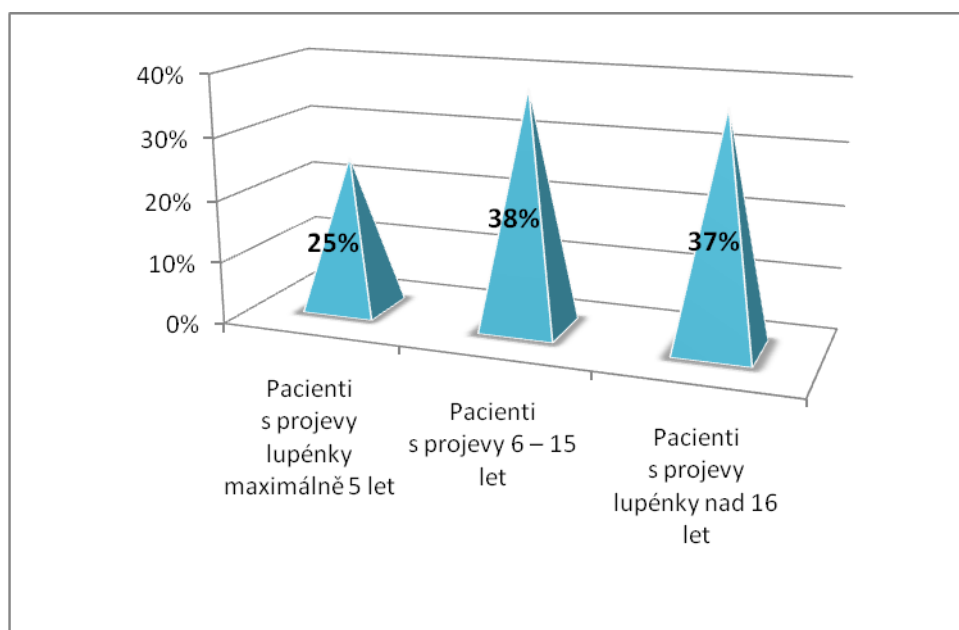


Otázka č. 4: Jak dlouho máte projevy lupénky (uved'te v měsících či letech)?

Tab. 4 Jak dlouho máte projevy lupénky

Nejkratší období s projevy lupénky	2 měsíce
Nejdelší období s projevy lupénky	55 let
Průměrné období s projevy lupénky	14,8 let
Pacienti s projevy lupénky maximálně 5 let	25%
Pacienti s projevy 6 – 15 let	38%
Pacienti s projevy lupénky nad 16 let	37%

V této otázce jsme zjišťovaly, jak dlouho trpí respondenti projevy lupénky. Nejkratší období s projevy lupénky bylo 2 měsíce, naopak nejdelší projevy onemocnění měl respondent 55 let. Průměrná doba onemocnění je v našem šetření 14,8 let. Abychom se lépe orientovali v tom, jak dlouho mají pacienti projevy lupénky, jsou respondenti rozděleni do tří kategorií, z čehož 25% respondentů má projevy maximálně 5 let, 38% dotázaných má projevy lupénky 6-15 let a déle než 16 let trpí lupénkou 37% z celkového počtu dotázaných.



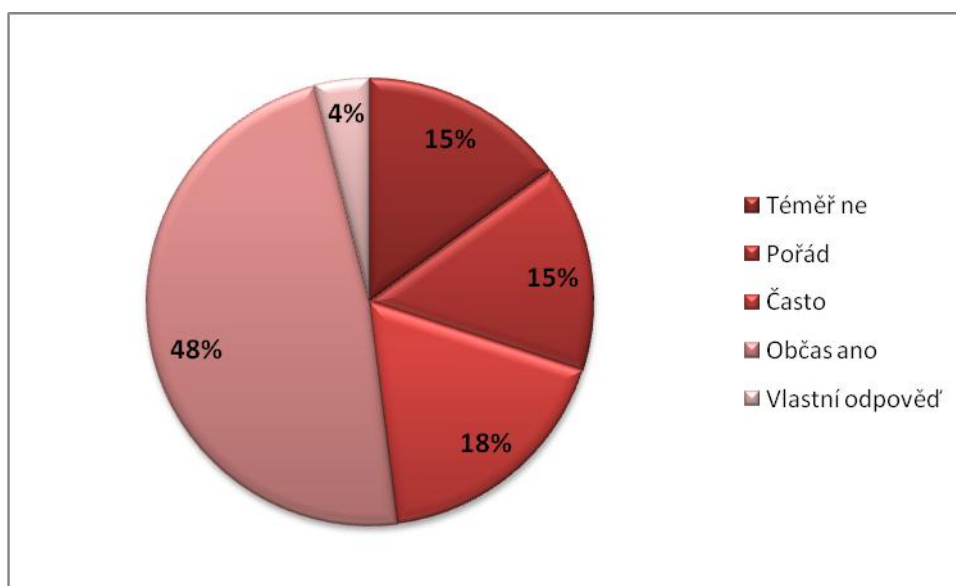
Graf č. 4 Procentuální zastoupení jednotlivých kategorií

### Otázka č 5: Ovlivňuje lupénka negativně Váš život?

Tab. 5 Jak často ovlivňuje lupénka život respondentů

Téměř ne	15%
Občas ano	48%
Často	18%
Pořád	15%
Vlastní odpověď	4%

Pátá otázka se týkala negativního vlivu lupénky na život nemocných. Lupénka téměř neovlivňuje život 15% nemocných, skoro polovina, 48% uvedlo, že je občas onemocnění limituje. Častý vliv má nemoc na 18% respondentů a 15% dotázaných je onemocněním ovlivňováno pořád. 4 lidé uvedli vlastní odpovědi, které byli: „Zatím ne; Nyní už ne; Teď ano, mám ji v obličeji; Byli jsme „kamarádky“ ale teď ji mám v kloubech, to je mnohem horší.“



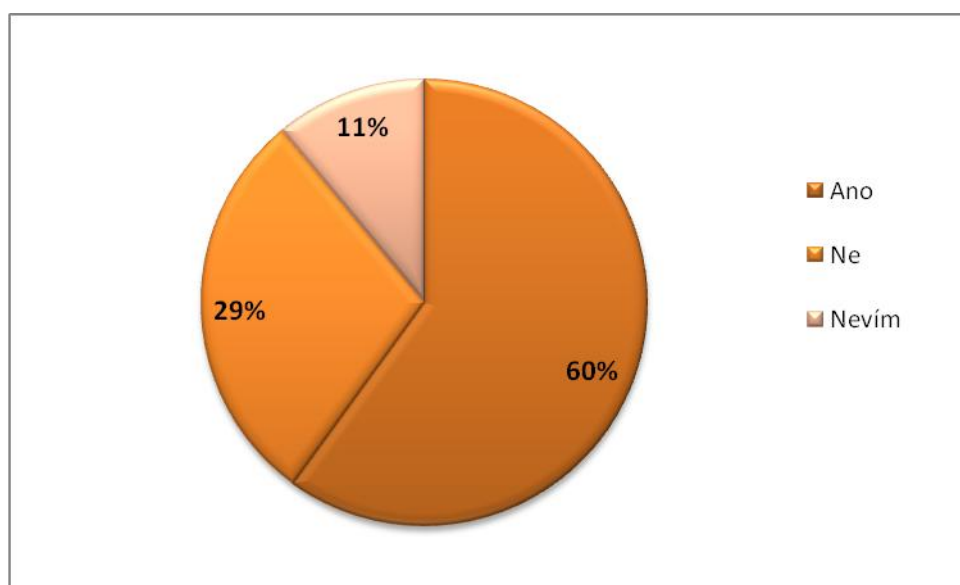
Graf č. 5 Jak často ovlivňuje lupénka život respondentů

### Otázka č. 6: Je podle Vás lupénka dědičná choroba?

Tab. 6 Vědí respondenti, zda je lupénka dědičná choroba

Ano	60%
Ne	29%
Nevím	11%

V otázce číslo 6 jsme se ptali na to, zda je lupénka dědičné onemocnění. 60% respondentů správně uvedlo, že lupénka je dědičná, 29% sděluje, že nejde o dědičné onemocnění a 11% dotázaných označilo možnost nevím.



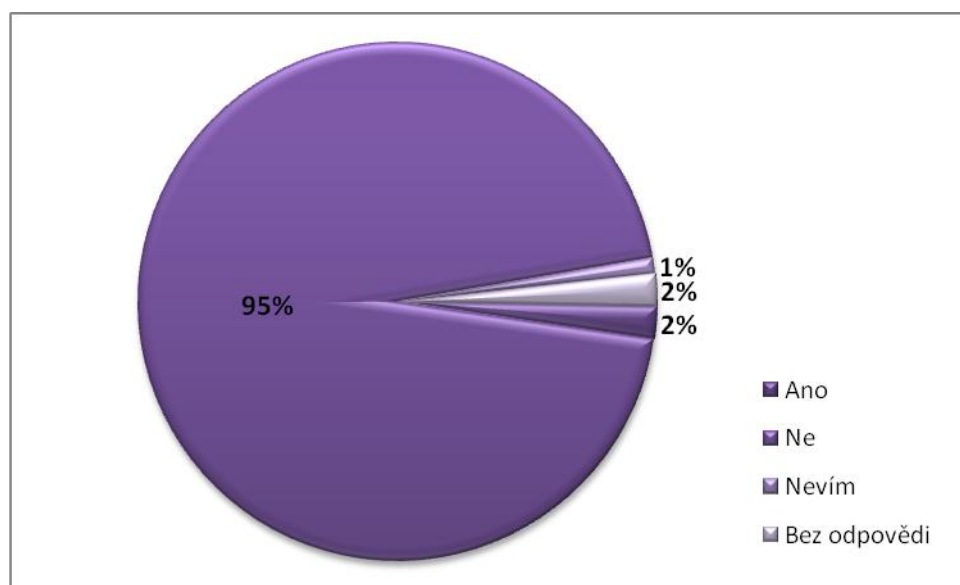
Graf č. 6 Vědí respondenti, zda je lupénka dědičná choroba

### Otázka č. 7: Myslíte, že je lupénka přenosná krví či sexuálním stykem?

Tab. 7 Myslí si dotazovaní, že je lupénka přenosná krví či sexuálním stykem

Ano	2%
Ne	95%
Nevím	1%
Bez odpovědi	2%

Sedmá otázka dotazníku se týkala toho, zda jde o onemocnění, které je přenosné krví, nebo sexuálním stykem. 95% dotázaných správně odpovědělo, že se nejedná o přenosné onemocnění, 2% pacientů si myslí, že lupénka přenosná je a 1% respondentů označilo možnost nevím. Z celkového počtu dotázaných se k otázce 2 lidé nevyjádřili.



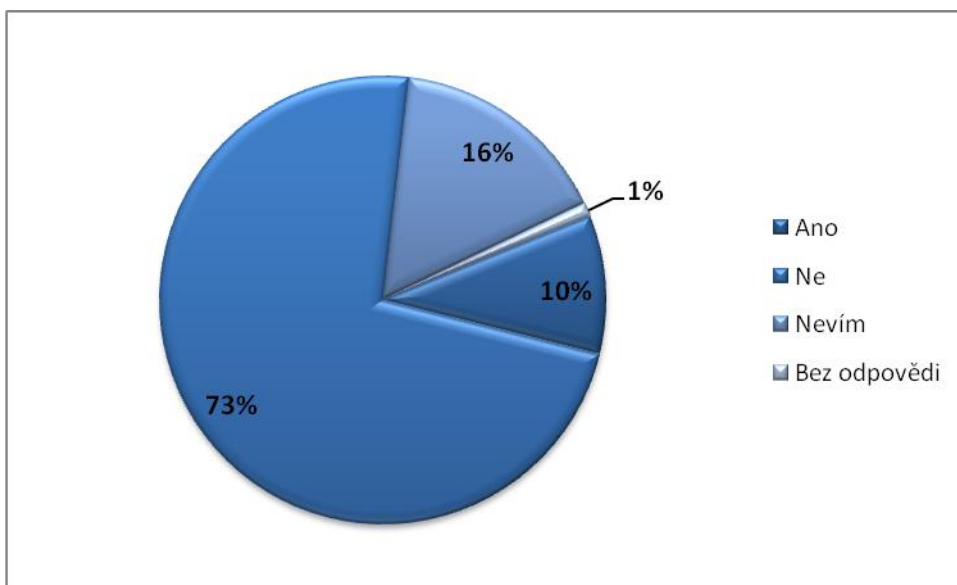
Graf č. 7 Myslí si dotazovaní, že je lupénka přenosná krví či sexuálním stykem

Otázka č. 8: Je podle Vás možné lupénku vyléčit, aby se již nikdy neprojevila?

Tab. 8 Je podle respondentů lupénku možné vyléčit

Ano	10%
Ne	73%
Nevím	16%
Bez odpovědi	1%

V této otázce jsme opět zjišťovali obecnou informovanost pacientů o psoriáze a ptali jsme se, zda je možné lupénku vyléčit, aby se již nikdy neobjevila. Že jde o nevyléčitelnou chorobu, si správně myslí 73% respondentů, 10% dotázaných si myslí, že lupénku lze vyléčit a 16% zvolilo možnost nevím. 1% dotázaných, tedy 1 člověk se k otázce nevyjádřil.



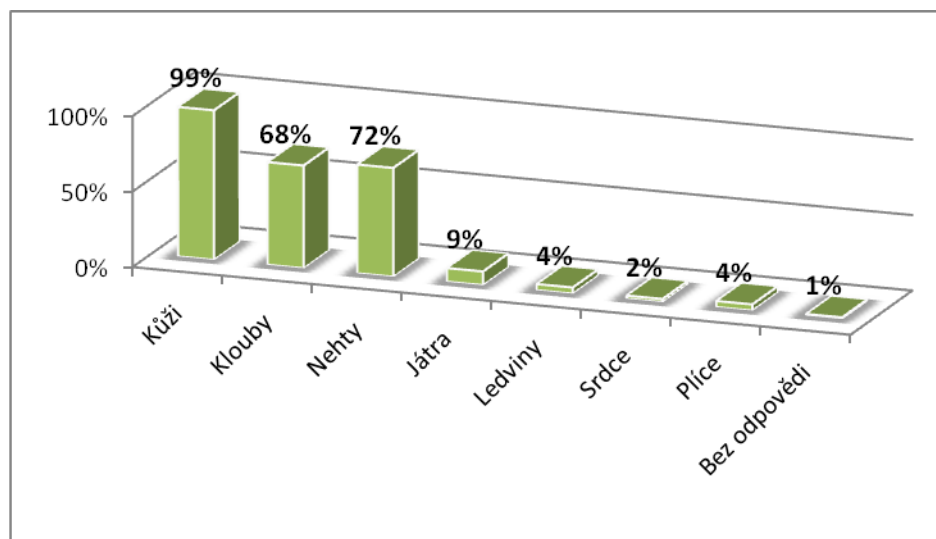
Graf č. 8 Je podle respondentů lupénku možné vyléčit

Otázka č. 9: Které orgány lupénka postihuje (můžete zaškrtnout více odpovědí)?

Tab. 9 Vědí pacienti, které orgány lupénka postihuje

Kůži	99%
Klouby	68%
Nehty	72%
Játra	9%
Ledviny	4%
Srdce	2%
Plíce	4%
Bez odpovědi	1%

V deváté otázce jsme se zajímali o to, zda pacienti vědí, které orgány mohou být lupénkou napadeny, vzhledem k tomu, že mohlo být označeno více odpovědí, není celkový součet odpovědí 100%. Všichni, kteří se k otázce vyjádřili, tedy 99% dotázaných (jeden respondent neodpověděl), správně označili kůži. Další správnou odpovědí jsou klouby s 68% a nehty, které označilo 72% dotázaných. Játra 9%, ledviny 4%, srdce 2% a plíce 4% nepatří mezi orgány, které mohou být lupénkou napadeny.



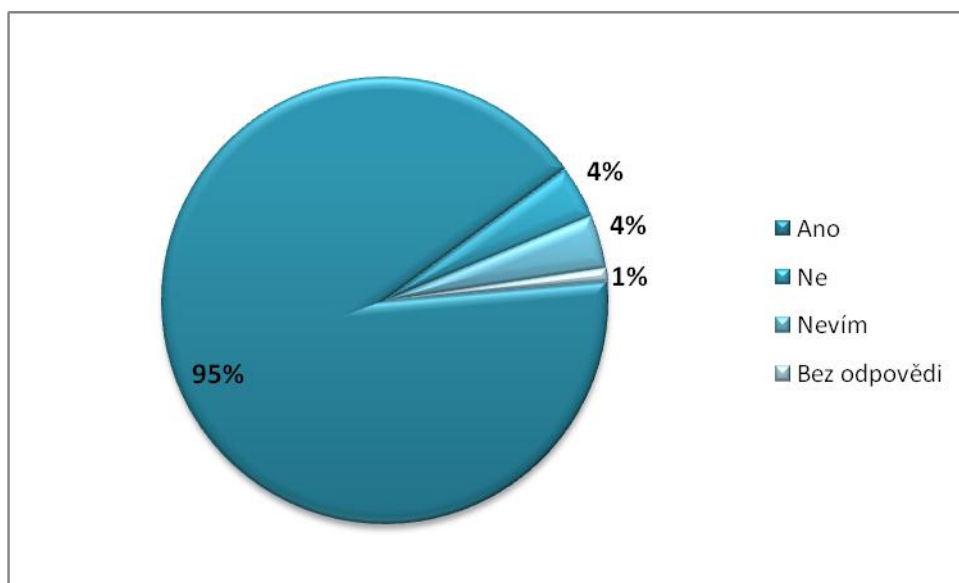
Graf č. 9 Vědí pacienti, které orgány lupénka postihuje

### Otázka č. 10: Má zvýšený stres vliv na projevy lupénky?

Tab. 10 Vědí respondenti, zda má stres vliv na stav lupénky

Ano	95%
Ne	4%
Nevím	4%
Bez odpovědi	1%

Desátá otázka se týkala vlivu stresu na projevy lupénky. Pacienti se v 95% domnívají, že stres má vliv na stav choroby, což je správné mínění. 4% dotázaných sděluje, že stres nemá vliv na lupénku a 4% respondentů neví, zda stres chorobu ovlivňuje. V jednom dotazníku zůstala tato otázka nezodpovězená.



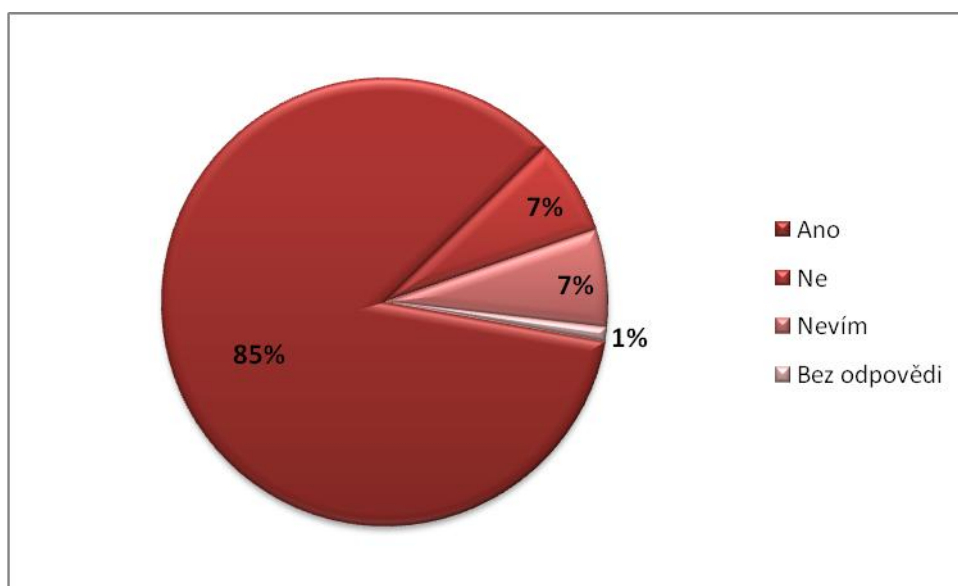
Graf č. 10 Vědí respondenti, zda má stres vliv na stav lupénky

Otázka č. 11: Můžete lupénku ovlivnit svým životním stylem (kouření, strava, alkohol)?

Tab. 11 Vědí respondenti, jestli lze psoriázu ovlivnit životním stylem

Ano	85%
Ne	7%
Nevím	7%
Bez odpovědi	1%

Otázka číslo jedenáct se zabývala vlivem životního stylu na lupénku. Velká část dotázaných, konkrétně 85% si správně myslí, že lupénku lze ovlivnit životním stylem. Respondenti si v 7% myslí, že životní styl nemá na lupénku vliv a stejný počet, 7% označilo možnost nevím. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl.



Graf č. 11 Vědí respondenti, jestli lze psoriázu ovlivnit životním stylem

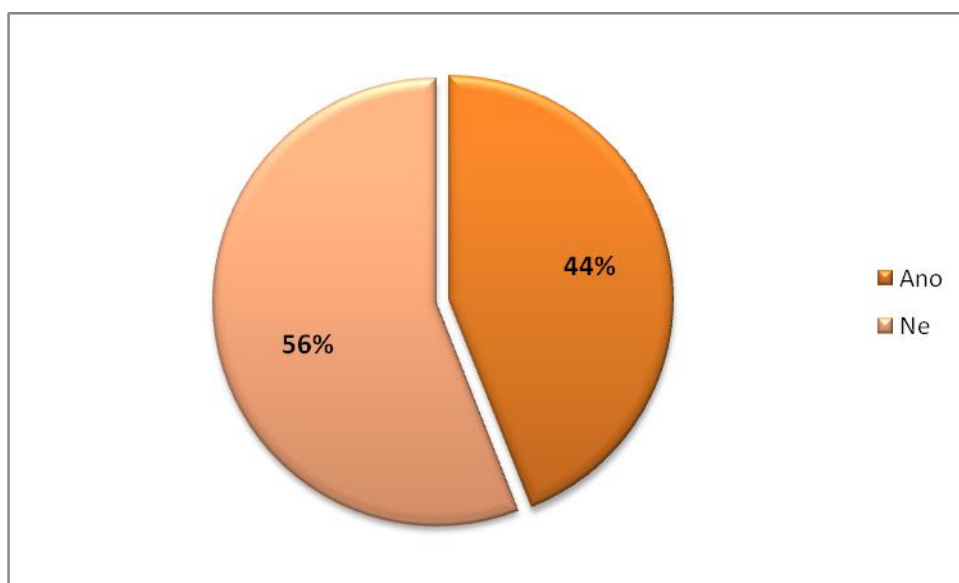


### Otázka č. 12: Informoval Vás lékař o Vaší chorobě dostatečně?

Tab. 12 Jsou pacienti informováni od lékaře

Ano	44%
Ne	56%

Dvanáctá otázka se zabývala tím, zda jsou pacienti dostatečně informováni od svého lékaře. Necelá polovina pacientů, přesněji 44%, se vyjádřila tak, že je lékař informoval. Naopak přes polovinu respondentů, 56%, se vyjádřilo tak, že je lékař dostatečně neinformoval.



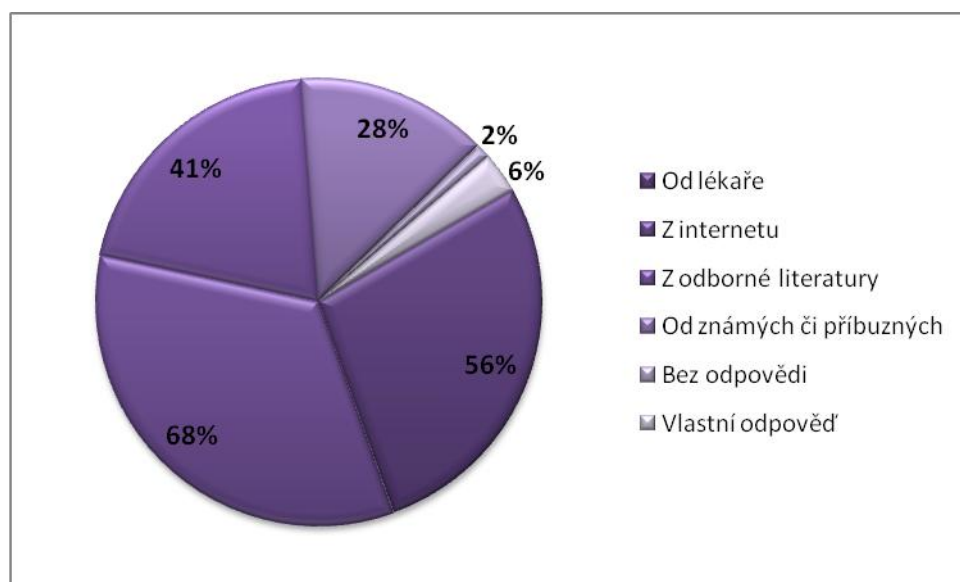
Graf č. 12 Jsou pacienti informováni od lékaře

Otázka č. 13: Kde jste získali informace o Vaší nemoci (můžete zaškrtnout více možností)?

Tab. 13 Kde získali pacienti informace o nemoci

Od lékaře	56%
Z internetu	68%
Z odborné literatury	41%
Od známých či příbuzných	28%
Bez odpovědi	2%
Vlastní odpověď	6%

Tato otázka má za cíl zjistit, z kterých zdrojů získali pacienti informace o lupénce (bylo možno označit více odpovědí a celek je tedy více než 100%). Nejvíce, 68% má získávání informací z internetu, 56% dotázaných odpovědělo, že získali informace od lékaře, 41% pacientů čerpalo z odborné literatury a 28% dotázaných získalo informace od svých známých či příbuzných. 2 dotazníky byli bez odpovědi na tuto otázku a 6% uvedlo jiné zdroje informací, kterými byl kadeřník, škola, homeopatik a tři respondenti uvedli jako zdroj informací vlastní zkušenosti.



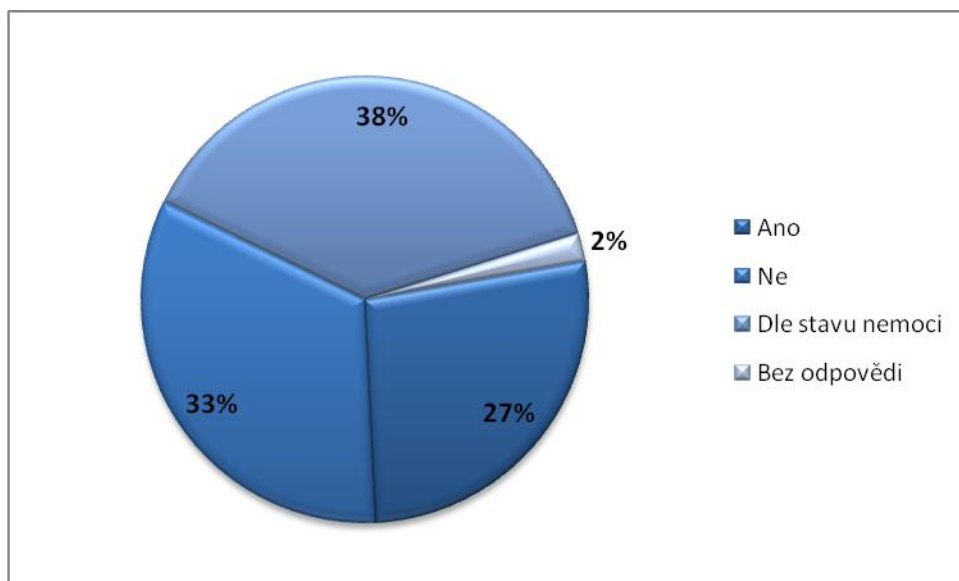
Graf č. 13 Kde získali pacienti informace o nemoci

### Otázka č. 14: Navštěvujete pravidelně svého kožního lékaře?

Tab. 14 Navštěvují respondenti svého lékaře

Ano	27%
Ne	33%
Dle stavu nemoci	38%
Bez odpovědi	2%

V otázce číslo 14 jsme zjišťovali, zda pacienti navštěvují svého lékaře. Rozložení odpovědí je poměrně vyrovnané. Nejméně, 27% respondentů odpovědělo, že lékaře navštěvují pravidelně, třetina dotázaných, přesněji 33% se vyjádřilo, že lékaře nenavštěvují a 38% dotázaných označilo možnost, že lékaře navštěvují dle aktuálního stavu nemoci. Dva respondenti, tedy 2%, se k této otázce nevyjádřili.



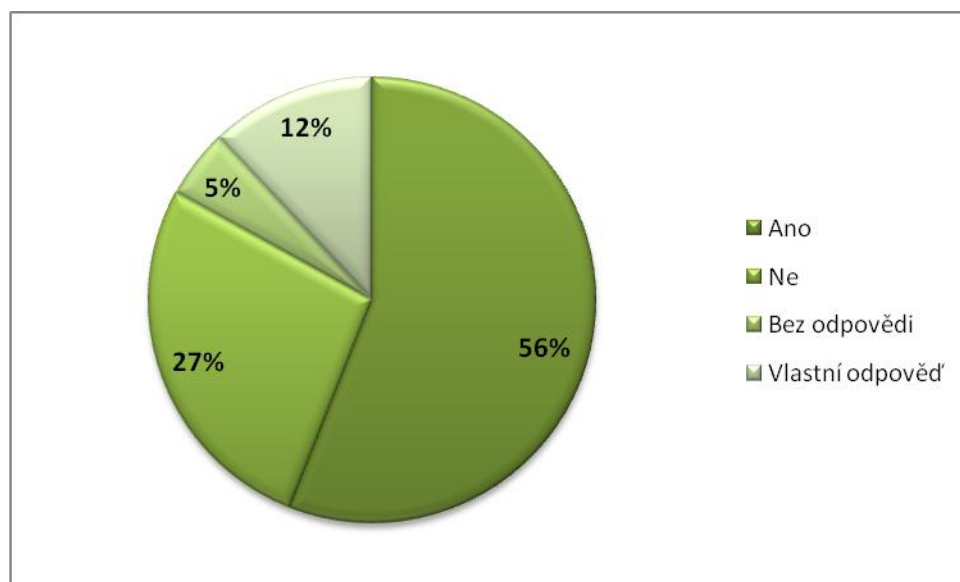
Graf č. 14 Navštěvují respondenti svého lékaře

### Otázka č. 15: Dodržujete léčbu, kterou Vám lékař doporučil?

Tab. 15 Dodržují dotazovaní léčbu navrženou lékařem

Ano	56%
Ne	27%
Vlastní odpověď	12%
Bez odpovědi	5%

Patnáctá otázka zjišťuje, zda pacienti dodržují lékařem doporučenou a předepsanou léčbu. Přes polovinu dotazovaných, 56%, označilo možnost, že léčbu dodržují, 27% nemocných nedodržuje léčbu stanovenou lékařem a 5% respondentů se k této otázce nevyjádřilo. 12 dotázaných zvolilo možnost vyjádřit se k dodržování léčby dle vlastního uvážení a odpověděli například: „Dle finančních možností; Podle snášenlivosti léku; Dodržuji léčbu částečně; Neléčím se; Když se dostaví efekt, přestanu masti užívat; Odmítám brát kortikoidy; Nejsem v léčbě důsledný; S lékařem jsem se dostatečně neporadil.“



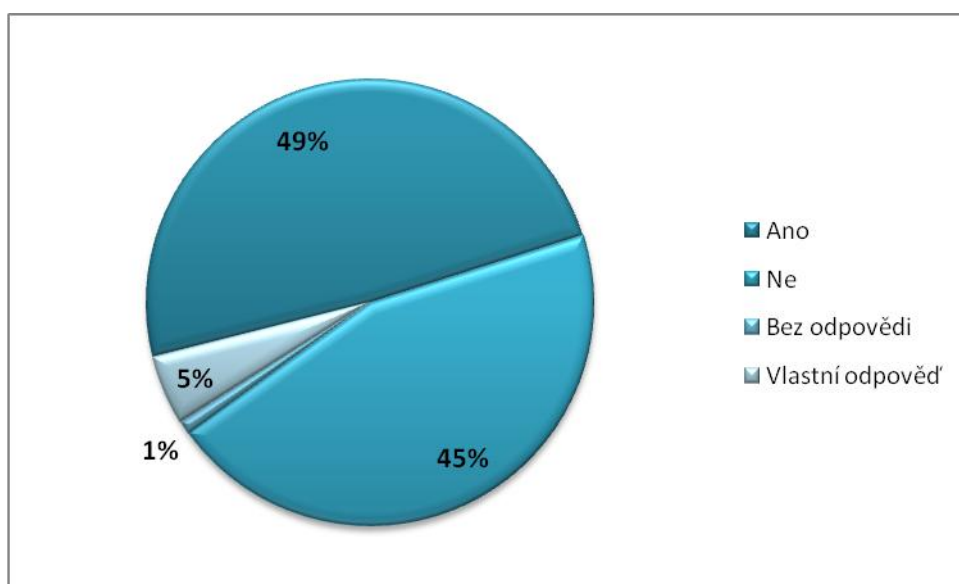
Graf č. 15 Dodržují dotazovaní léčbu navrženou lékařem

Otázka č. 16: Když Vám lékař vypisuje recept, ptáte se, jak lék působí, či jaké jsou jeho komplikace?

Tab. 16 Ptají se respondenti na informace o předepisovaném léku

Ano	49%
Ne	45%
Vlastní odpověď	5%
Bez odpovědi	1%

Otázka šestnáctá zjišťovala, zda se pacienti ptají lékaře na předepisovaný lék. 49% respondentů odpovědělo, že se zajímají o předepisovaný lék, o něco méně dotázaných, konkrétně 45% se nezajímá o to, jaké medikamenty jim lékař předepisuje. Jeden dotazník byl bez odpovědi a 5% dotázaných zvolilo vlastní odpověď: „Ptám se, když obsahují kortikoidy; Ptám se někdy; Ptá se, pokud jde o nový lék; Nechodím k lékaři; Neptám se, jelikož jsem zdravotní sestra a má doktorka by mě stejně odbyla“.



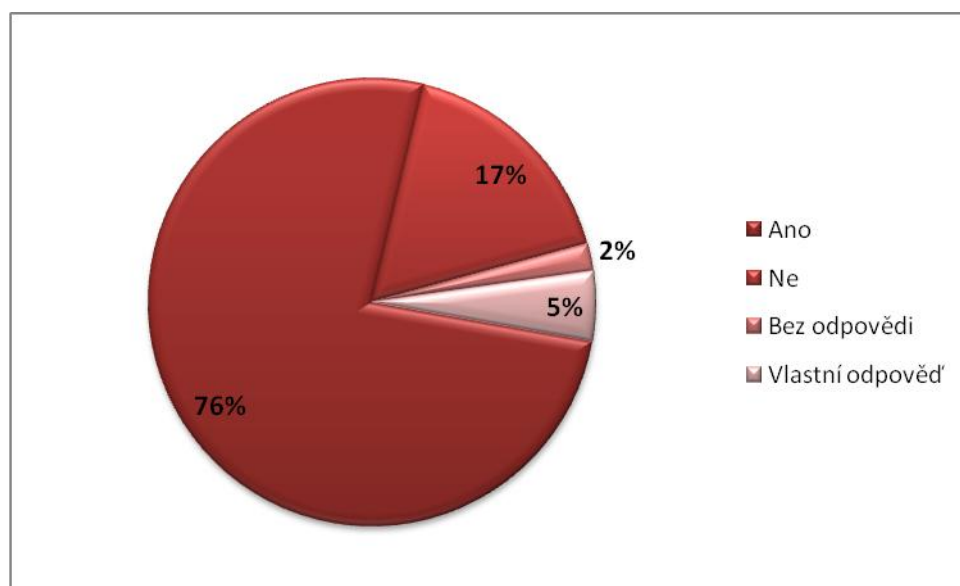
Graf č. 16 Ptají se respondenti na informace o předepisovaném léku

### Otázka č. 17: Je lékař ochoten zodpovědět vaše dotazy?

Tab. 17 Je lékař ochoten zodpovědět dotazy pacienta

Ano	76%
Ne	17%
Vlastní odpověď	5%
Bez odpovědi	2%

V této otázce jsme zjišťovaly, jestli jsou lékaři ochotni zodpovědět pacientům jejich dotazy. Více jak tři čtvrtě dotázaných, konkrétně 76% odpovědělo, že lékař je ochoten jim odpovědět, 17% respondentů nemá lékaře, který by zodpovídal jejich dotazy a dva dotazníky, 2%, zůstaly bez odpovědi. 5 respondentů využilo možnost vlastního názoru a napsali: „Nenavštěvuji lékaře; Občas mi odpoví; Lékař je neochotný; Někdy odpoví, ale spíše ne; odpoví mi, ale ne dostatečně“.



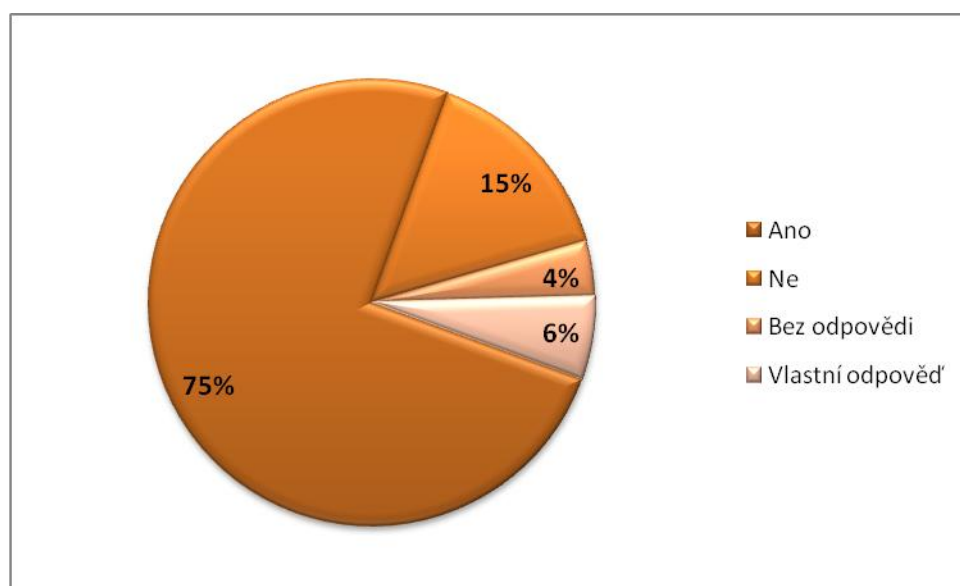
Graf č. 17 Je lékař ochoten zodpovědět dotazy pacienta

Otázka č. 18: Pokud se při léčbě objeví nějaké komplikace, navštívíte lékaře?

Tab. 18 Navštěvují pacienti lékaře při výskytu komplikací

Ano	75%
Ne	15%
Vlastní odpověď	6%
Bez odpovědi	4%

Osmnáctá otázka měla za cíl zjistit, zda pacienti navštěvují lékaře v případě výskytu nějakých komplikací (bez bližší specifikace). 75% dotázaných se vyjádřilo, že při problémech lékaře vyhledají, 15% nemocných nenavštěvuje lékaře při komplikacích a 4% dotazníků zůstaly nezodpovězeny. Z celkového počtu se 6% respondentů vyjádřilo dle vlastního uvážení: „Občas; Jak kdy; Komplikace zatím nenastaly; Přestanu lék brát; Zatím se problémy neobjevily; Nevím, jestli bych za lékařem zašel“.



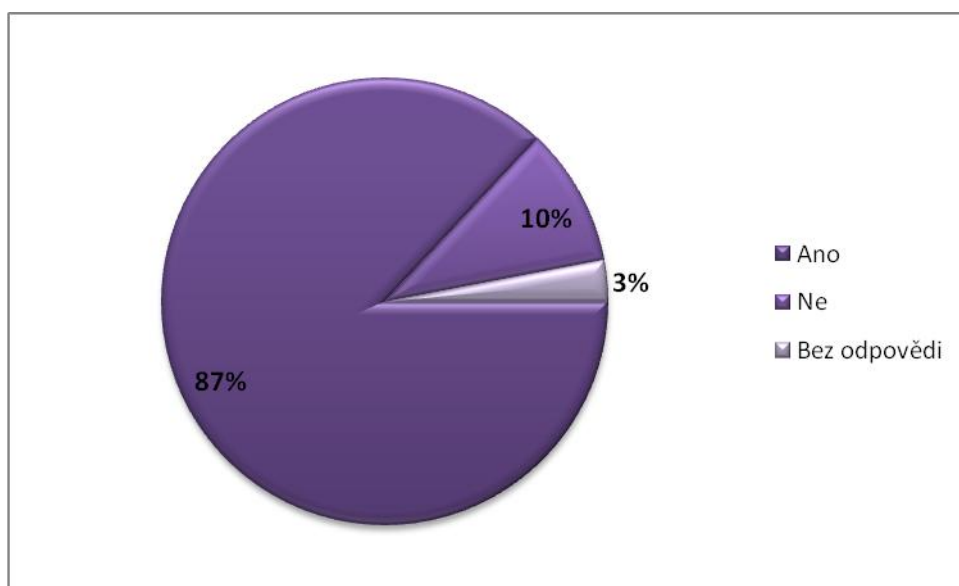
Graf č. 18 Navštěvují pacienti lékaře při výskytu komplikací

### Otázka č. 19: Zajímáte se o nové možnosti v léčbě?

Tab. 19 Zajímají se dotazovaní o nové léčebné možnosti

Ano	87%
Ne	10%
Bez odpovědi	3%

Tato otázka zjišťovala, jestli se pacienti zajímají o nové možnosti v léčbě, pro výzkum není důležité, jakým stylem se zajímají (četba odborné literatury, komunikace s lékařem, atd.). 87% respondentů se vyjádřilo tak, že se o novinky zajímají, 10% dotázaných se nezajímá o nové možnosti v léčbě psoriázy a 3 dotazníky zůstaly bez odpovědi.



Graf č. 19 Zajímají se dotazovaní o nové léčebné možnosti

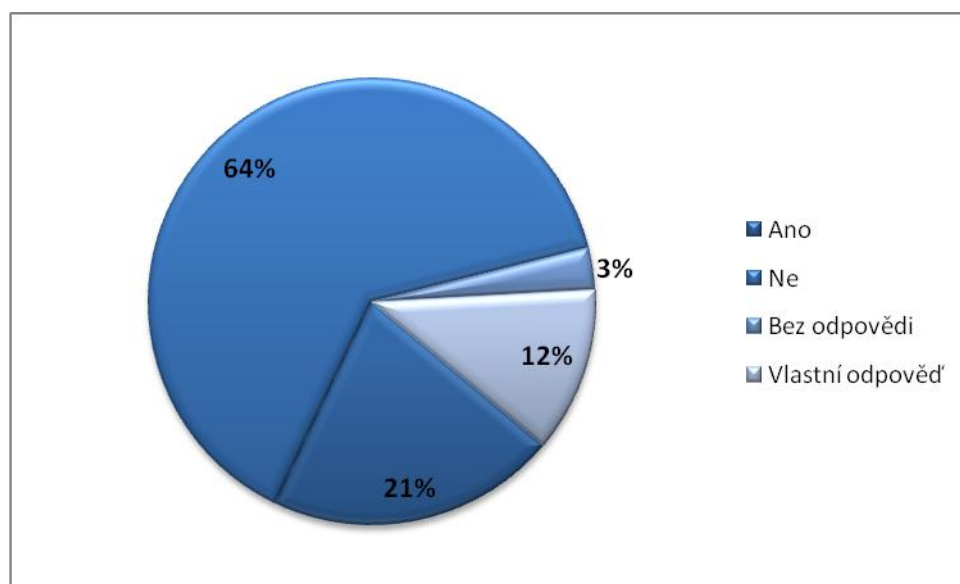


### Otázka č. 20: Využíváte všechny možnosti léčby (lázně, pobyt u moře)?

Tab. 20 Využívají respondenti všechny léčebné možnosti

Ano	21%
Ne	64%
Vlastní odpověď	12%
Bez odpovědi	3%

Zde jsme zjišťovali, zda pacienti využívají všechny možnosti, které lze v rámci léčby uplatnit. Pětina dotázaných, 21% se vyjádřilo tak, že využívají všechny možnosti léčby, 64% respondentů nevyužívá všechny možnosti v léčbě a 12% napsalo vlastní názor, z čehož 4 lidé se vyjádřili tak, že na pobyt u moře nemají peníze, další odpověděli: „Dle lékaře nemám nárok a sama nemám finance; Nevím o jiných možnostech; Občas jedu k moři; U moře se mi lupénka zhoršuje; Zkoušela jsem rybičky; Pomáhá mi pobyt u moře, když je čas“. 3% dotazníků zůstali nezodpovězeni.



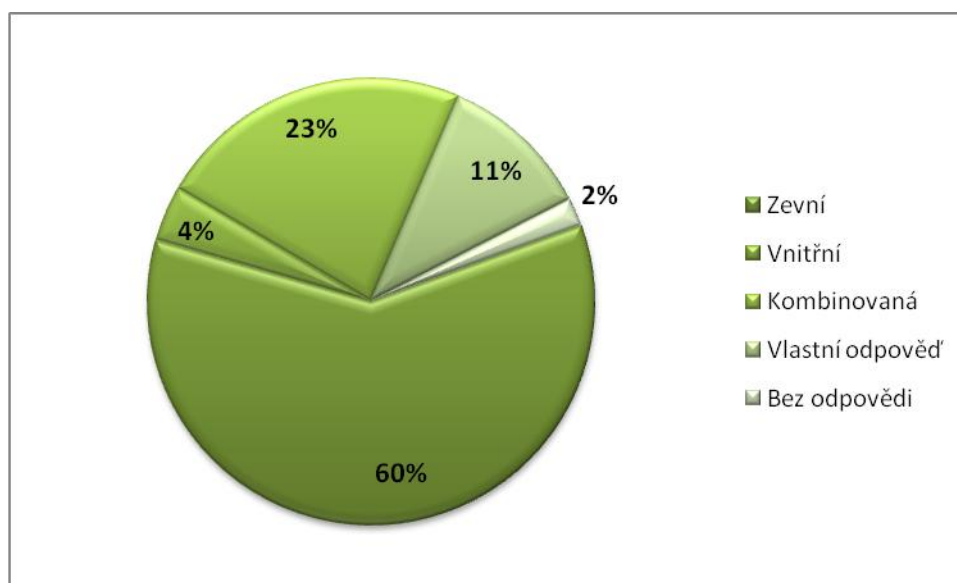
Graf č. 20 Využívají respondenti všechny léčebné možnosti

## Otázka č. 21: Jaká léčba u Vás probíhá?

Tab. 21 Jaká léčba u pacientů probíhá

Zevní	60%
Vnitřní	4%
Kombinovaná	23%
Vlastní odpověď	11%
Bez odpovědi	2%

Dvacátá první otázka zjišťovala, jaká léčba u dotazovaných probíhá. Přes polovinu dotázaných, 60% uvedlo, že podstupují zevní léčbu, čili masti nebo ozařování. Pouze u 4% probíhá léčba celková, což je parenterální způsob aplikace léků, necelá čtvrtina, 23% uvedlo, že prodělávají kombinovanou léčbu, 2% respondentů se nevyjádřili a 11% zvolilo vlastní odpověď, z čehož 4 lidé napsali, že u nich neprobíhá žádná léčba a ostatní se vyjádřili například: „Pouze bylinky; Zkouším rybičky; Biologická, zevní i vnitřní léčba; Dle stavu, zkouším různé věci; Zkouším konopné prostředky; U lékaře jsem ještě nebyla“.



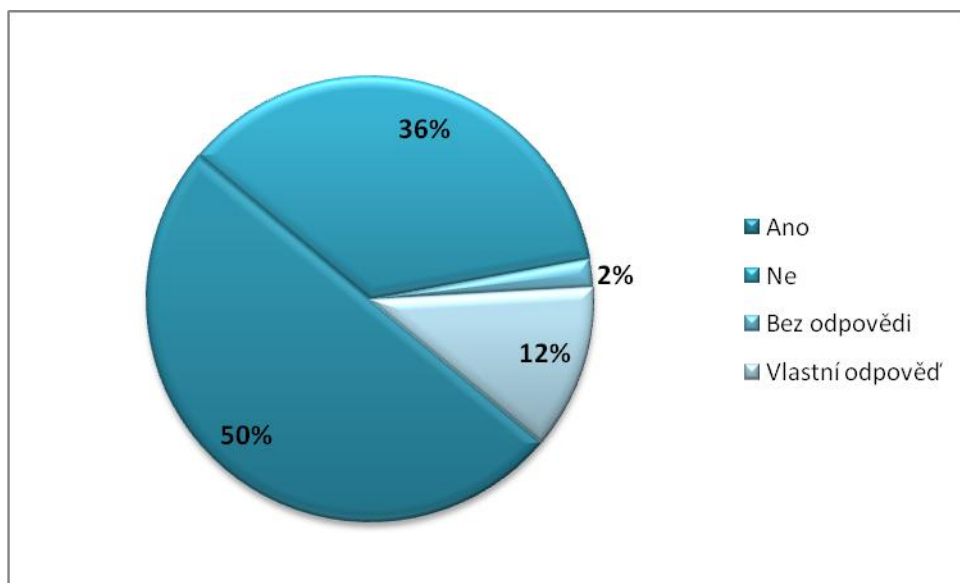
Graf č. 21 Jaká léčba u pacientů probíhá

Otázka č. 22: Pokud by Vám lékař doporučil hospitalizaci v nemocnici, podstoupil(a) byste ji?

Tab. 22 Podstoupili by dotazovaní hospitalizaci

Ano	50%
Ne	36%
Vlastní odpověď	12%
Bez odpovědi	2%

Touto otázkou jsme zjišťovali přístup pacientů k hospitalizaci, pokud by byla doporučena lékařem. Polovina dotázaných, 50% se vyjádřilo, že by se hospitalizovat nechali, 36% dotázaných, by nepodstoupilo hospitalizaci. Bez odpovědi zůstali 2 dotazníky a 12% respondentů zvolilo možnost se vyjádřit dle svého uvážení, z čehož 3 lidé napsali, že neví, zda by se nechali hospitalizovat, 3 napsali, že v případě nutnosti ano a další odpověděli: „Z pracovních důvodů to nelze; Pokud by se zkoušela nová léčba, tak ano; Vzhledem k tomu, že mám malé dítě, tak ne, jinak možná ano; Teď už ne, dříve asi ano; Byl jsem několikrát hospitalizován a celkově to bylo 3980 dnů“.



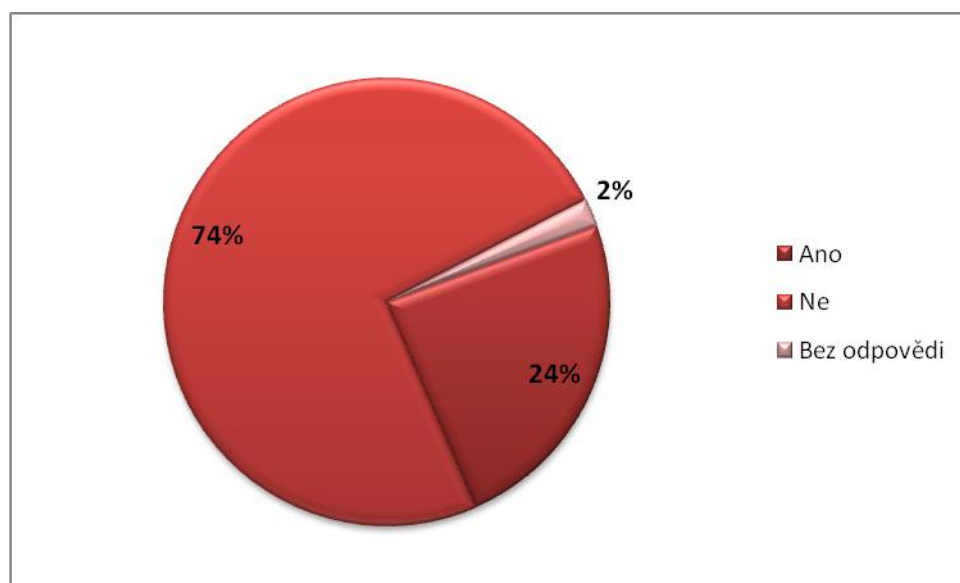
Graf č. 22 Podstoupili by dotazovaní hospitalizaci

Otázka č. 23: Využil(a) jste někdy v léčbě i alternativní metody (akupunktura, homeopatie, atd....)?

Tab. 23 Využili respondenti alternativní metody léčby

Ano	24%
Ne	74%
Bez odpovědi	2%

Poslední otázkou jsme zjišťovali přístup pacientů k využití alternativních metod. Necelých  $\frac{3}{4}$  respondentů, 74% se vyjádřilo tak, že nevyužívají alternativní metody léčby. Necelá  $\frac{1}{4}$  dotázaných, konkrétně 24% napsalo, že využívají, nebo využili nějakou z alternativních metod a jako příklad uváděli konopné masti, přípravky z mrtvého moře, bylinky, čaje či akupunkturu a 2 respondenti se k této otázce nevyjádřili.



Graf č. 23 Využili respondenti alternativní metody léčby

Poslední položkou v dotazníku byla možnost se k tématu jakkoliv vyjádřit. Dvacet respondentů tuto možnost využilo a jejich názory jsou v příloze, jako příloha č. 2 (jedná se o přímé citace respondentů bez jakýchkoli úprav).

### 3.4. Vyhodnocení hypotéz

#### Hypotéza č. 1: Pacienti jsou o své nemoci informováni dostatečně.

Ke zhodnocení této hypotézy použijeme otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11, ve kterých provedeme srovnání správných odpovědí s ostatními odpověďmi na danou otázku, pro přehlednost jsme vytvořili tabulku.

Tab. 24 Zhodnocení 1. hypotézy

Hodnotící otázky	Správné odpovědi	Ostatní odpovědi
6. Je lupénka dědičná choroba	<b>ANO 60%</b>	40%
7. Je přenosná krví či sex. stykem	<b>NE 95%</b>	5%
8. Je možné lupénku úplně vyléčit	<b>NE 73%</b>	27%
9. Které orgány jsou postiženy (bylo možno zvolit více odpovědí)	<b>Kůži, klouby, nehty celkem 239%</b>	Ostatní možnosti celkem 20%
10. Má na lupénku vliv stres	<b>ANO 95%</b>	5%
11. Lze ji ovlivnit životním stylem	<b>ANO 85%</b>	15%

Ve všech otázkách navržených ke zhodnocení první hypotézy, výrazně převládaly správné odpovědi nad ostatními. Mezi „ostatní odpovědi“ byli zařazeni ty, kde respondenti odpověděli nesprávně, zvolili možnost „nevím“, či na otázku neodpověděli vůbec. Po celkovém zhodnocení lze tedy říci, že pacienti mají informace o své nemoci a **hypotéza č. 1 se potvrdila.**

### Hypotéza č. 2: Pacienti přistupují k léčbě aktivně a se zájmem.

Na potvrzení této hypotézy se budou podílet otázky č. 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22 a 23. Aby bylo celkové zhodnocení a srovnání přehledné, využijeme k tomu následující tabulku.

Tab. 25 Zhodnocení 2. hypotézy

Hodnotící otázky	Aktivní přístup	Pasivní přístup
14. Navštěvujete pravidelně lékaře	27%	<b>73%</b>
15. Dodržujete předepsanou léčbu	<b>56%</b>	44%
16. Zajímáte se o předepisovaný lék	49%	<b>51%</b>
18. Navštívíte při komplikacích lékaře	<b>75%</b>	25%
19. Zajímáte se o novinky v léčbě	<b>87%</b>	13%
20. Využíváte všechny možnosti léčby	21%	<b>79%</b>
22. Podstoupili byste hospitalizaci	<b>50%</b>	<b>50%</b>
23. Využili jste alternativní léčbu	24%	<b>76%</b>

V otázkách navržených ke zhodnocení 2. hypotézy, se pouze ve třech otázkách respondenti projeví jako aktivní zájemci o léčbu, v jednom případě je aktivní a pasivní přístup rozdělen stejným počtem procent a ve čtyřech otázkách převažoval pasivní přístup respondentů k onemocnění a léčení. Do položky „pasivní přístup“ byli zařazeni odpovědi „ne“, „vlastní odpovědi“ a nezodpovězené dotazníky. Ze zhodnocení navržených otázek vyplývá, že přístup pacientů k léčbě není příliš kladný a aktivní, tedy **hypotéza č. 2 se nepotvrdila.**

## 4. DISKUZE

Oba cíle, které jsme si stanovily, byly splněny a informace potřebné ke zhodnocení jednotlivých hypotéz jsme získali. První navržená hypotéza se jednoznačně potvrdila, což znamená, že pacienti mají dostatek informací o své nemoci. Z toho by mělo vycházet i potvrzení druhé hypotézy, a to že pacienti přistupují k léčbě aktivně a se zájmem, což se ovšem nestalo, druhá hypotéza tedy byla po vyhodnocení dat vyvrácena.

Pasivní přístup pacientů k léčbě může být způsobem nedostatkem informací, ale díky výzkumu víme, že pacienti informace o lupénce mají. Dalším problémem v negativním přístupu respondentů k léčbě může být tedy fakt, že nemají na návštěvu lékaře dostatek času, a že na léčbu nemají dostatek finančních prostředků. Může jít také o to, že nemocní nemají tak velké projevy lupénky, které by chtěli léčit, což je ovšem z hlediska dlouhodobé perspektivy onemocnění špatný přístup, protože je lepší podstoupit monoterapii v době kdy se onemocnění objevuje, než při relapsu podstupovat fyzicky, časově i finančně náročnou léčbu.

Jednou z možností, jak problematiku neaktivity pacientů řešit, by bylo provést další výzkum, který by se podrobně zajímal o to, proč jsou pacienti v léčení pasivní. Avšak problémem každého dotazníkového šetření je zobecnění výsledků. V případě, že bychom chtěli zjistit, co vede k pasivnímu přístupu u jednotlivých pacientů, je nutné ptát se každého individuálně, což by měl dělat ošetřující dermatolog, pokud ho pacient navštěvuje. Důvody pasivity pacientů jsou, jak je možné dočíst se u některých otázek pod možností „vlastní odpověď“, většinou jednoduché a snadno pochopitelné. Jedná se o finanční stránku léčby, či nedostatečnou motivaci k léčení.

S ohledem na výsledky výzkumu a na problematiku výše zmíněnou, se jako vhodné řešení zdá vypracování edukačního materiálu, který by podával ucelené informace a podtrhoval by nutnost spolupráce mezi dermatologem a pacientem. Návrh edukačního materiálu, který by mohl být předkládán nejen u kožního lékaře, ale i praktického lékaře či při hospitalizaci v nemocnici je součástí přílohy, jako Příloha č. 3. Materiál je určen pro pacienty, kteří se o své nemoci právě dozvěděli, a nemají žádné informace. Edukace je proto zvolena formou prostého sdělení základní poznatků, bez podrobností, které pacienti většinou nejsou schopni v danou chvíli přijmout. Konkrétní informace a odpovědi na otázky, by měl pacientovi podat jeho kožní lékař.

## 5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována problematice často se vyskytujícího kožního onemocnění lupénky, o kterém se podle mě nedostává veřejnosti tolik informací, kolik by mělo. V práci jsem se věnovala kapitolám, které měly problematiku lupénky přiblížit, měly podat ucelené informace nejen o charakteristice onemocnění, ale především o léčbě a ošetrovatelské péči. V dalších kapitolách lze nalézt analýzu výsledků dotazníkového šetření, které jsem zvolila k získání potřebných informací.

V průběhu psaní práce jsem získala velmi mnoho nových a užitečných informací, které bych ráda šířila dále, a to nejen svým přátelům či rodině, ale především pacientům, kteří potřebné informace nemají. Věřím, že informace, které jsou v práci uvedeny, a především navrhnutý edukační materiál, by mohly být vhodné k edukaci a hlubšímu vzdělávání pacientů, u nichž se lupénka projevila.

Ráda bych navrhnutý edukační materiál poskytla dále, například svému obvodnímu lékaři, kožnímu lékaři, či prokonzultovala jeho použití v Krajské nemocnici Liberec, aby mohl být k dispozici pacientům, kterým poskytne potřebné informace.



## 6. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

### Literatura

1. ARENBERGER, Petr. *Dermatologie: eikosandoidy u psoriázy*. Vyd. 1. Praha: Czechopress Agency, 1999. 79 s., ISBN 80-902632-0-8
2. BENÁKOVÁ, Nina. *Dermatologie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008. 223 s., ISBN 978-80-204-1875-3
3. BENÁKOVÁ, Nina. *Lupénka v otázkách a odpovědích: příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 2003. 128 s., ISBN 80-7254-392-X
4. BENÁKOVÁ, N., ETTLER, K., ŠTORK, J., VAŠKŮ, V.: *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton, 2007. 190 s., ISBN 978-80-7254-966-5
5. BENÁKOVÁ, N., ŠTORK, J. *Terapeutické postupy v dermatovenerologii - Léčba psoriázy biologiky*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2006, roč. 81, č. 4/2006, 11 s., ISSN 0009-0514
6. BOWER, Hilary. *Lupénka*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Alpress, 1998. 144 s., ISBN 80-7218-148-3
7. BRAUN FALCO, O., PLEWIG, G., WOLF, H. H.: *Dermatológia a venerológia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 1475 s., ISBN: 80-8063-080-1
8. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. (přeprac. a dopl.). Olomouc: Epava, 2000. 480 s., ISBN 80-86297-05-5
9. *Farmakoterapie*. Praha: Farmakon Press, 2005, Roč.1, č. 1, ISSN 1801-1209
10. HOUMARD, Andrée. *Homeopatie v dermatologii*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1998. 336 s., 97 obr. ISBN 80-7169-560-2

11. KOMÍNKOVÁ, L. Lupénka je problém řešitelný. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2008, roč. 18, č. 4, str. 51-53
12. *Léčba psoriázy*. Referátový výběr z dermatovenerologie, Praha: Czechopress Agency, 2005, roč. 47, Speciál II/2005, 48 s., ISSN 1213-9106
13. *Léčba psoriázy efalizumabem: (Raptiva)*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2008, roč. 83, č. 1/2008, 35 s., ISSN 0009-0514
14. MACHÁČKOVÁ, K. Moderní léčba psoriázy. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2011, roč. 21, č. 11, str. 30-33
15. MACHÁČKOVÁ, K. Psoriáza – současné možnosti léčby. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2009, roč. 19, č. 4, str. 54-57
16. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3
17. MOSKALYKOVÁ, M., STARNOVSKÁ, T. *Diety při onemocnění lupénkou: recepty, rady lékaře*. Vyd. 1. Praha: Sdružení Mac, 1998. 32 s., ISBN 80-86015-35-1
18. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy. IV/1*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. 190 s., ISBN 80-7333-032-6
19. NOVOTNÝ, František. *Psoriáza: aktuální pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 123 s., [20] s. obr. příl., ISBN 80-247-0313-0
20. NOVOTNÝ, F., HÁJEK, J. *Jak žít s lupénkou*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1995. 160 s., ISBN 80-901776-3-8

21. *Psoriáza*. Referátový výběr z dermatovenerologie, Praha: Czechopress Agency, 2008, roč. 50, Speciál I/2008, 64 s., ISSN 1213-9106
22. ŠTOLFA, J.; ŠTORK, J. a kol. *Psoriatická artritida a psoriáza: [etiologie, patogeneze, diagnostika, moderní léčba]*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. s. 164. ISBN 978-80-7345-120-2
23. ŠUBROVÁ, G; TOMOVÁ, Š. Psoriatická artritida. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2010, roč. 20, č. 3, str. 31-34
24. ZÁHEJSKÝ, Jiří. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika: pohledy klinické, fyziologické a biologické*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 133 s., [4] s. barev. obr. příl. Avicenum. ISBN 80-247-1551-1

## Internetové zdroje

25. Lupénka-psoriáza [online]. [cit. 18. 2. 2012]. Dostupné z:  
<<http://www.ordinace.cz/clanek/lupenka-psoriaza/>>
26. Homeopatie [online]. [cit. 29. 2. 2012]. Dostupné z:  
<<http://www.celostnimedicina.cz/homeopatie.htm?gclid=CLC0nsKAw64CFcnP3wod7mrfTg>>
27. Dermatologie pro praxi [online]. [cit. 7. 3. 2012]. Dostupné z:  
<<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/03/03.pdf>>
28. Lupénka [online]. [cit. 13. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://lupenka.eu/>>
29. Lékařské diagnózy – psoriáza [online]. [cit. 13. 3. 2012]. Dostupné z:  
<<http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=73>>
30. Wikipedie, Cytokin [online]. [cit. 15. 3. 2012]. Dostupné z:  
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Cytokin>>

## **7. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník předkládaný respondentům

Příloha č. 2: Názory pacientů vyjádřené v dotaznících

Příloha č. 3: Edukační materiál

## Příloha č. 1: Dotazník předkládaný respondentům

### Dotazník na téma: Lupénka (lat. Psoriasis)

Dobrý den, jmenuji se Karolína Paldusová a jsem studentkou 3. ročníku Technické univerzity v Liberci, Ústavu zdravotnických studií. Dotazník, který je Vám předkládán, bude součástí mé závěrečné bakalářské práce. Téma práce je *Srovnání aktivního a pasivního přístupu lidí postižených lupénkou k léčbě*, a proto je určen pouze osobám touto chorobou trpícím.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely této práce. Za vyplnění dotazníku Vám předem velmi děkuji.

Není-li uvedeno jinak, zvolte prosím jednu z nabízených možností, popř. vyplňte položku jiné. Pokud Vám možnosti nevyhovují, doplňte vlastní stanovisko. Děkuji.

1. Věk \_\_\_\_\_

2. Pohlaví: Muž - Žena

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní – Vyučení bez maturity – Středoškolské s maturitou –  
Vysokoškolské

4. Jak dlouho máte projevy lupénky (uved'te v měsících či letech): \_\_\_\_\_

5. Ovlivňuje lupénka negativně Váš život?

Téměř ne – Občas ano – Často – Pořád – Jiné \_\_\_\_\_

6. Je podle Vás lupénka dědičná choroba?

Ano – Ne – Nevím

7. Myslíte, že je přenosná krví či sexuálním stykem?

Ano – Ne – Nevím

8. Je podle Vás možné lupénku vyléčit, aby se již nikdy neprojevila?

Ano – Ne – Nevím

9. Které orgány lupénka postihuje (můžete zaškrtnout více odpovědí)?

Kůže – Plíce – Srdce – Nehty – Klouby – Ledviny – Játra

10. Má zvýšený stres vliv na projevy lupénky?

Ano – Ne – Nevím

11. Můžete lupénku ovlivnit svým životním stylem (kouření, strava, alkohol)?

Ano – Ne – Nevím

12. Informoval Vás lékař o Vaší chorobě dostatečně?

Ano – Ne

13. Kde jste získali informace o Vaší nemoci (můžete zaškrtnout více možností)?

Od lékaře – Z odborné literatury – Od známých či příbuzných –  
Z internetu – Jiné \_\_\_\_\_

14. Navštěvujete pravidelně svého kožního lékaře?

Ano – Ne – Podle aktuálního stavu nemoci

15. Dodržujete léčbu, kterou Vám lékař doporučil?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

16. Když Vám lékař vypisuje recept, ptáte se, jak lék působí, či jaké jsou jeho komplikace?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

17. Je lékař ochoten zodpovědět vaše dotazy?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

18. Pokud se při léčbě objeví nějaké komplikace, navštívíte lékaře?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

19. Zajímáte se o nové možnosti v léčbě?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

20. Využíváte všechny možnosti léčby (lázně, pobyt u moře)?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

21. Jaká léčba u vás probíhá?

Vnitřní – Zevní (masti či ozařování) – Kombinovaná – Jiné \_\_\_\_\_

22. Pokud by Vám lékař doporučil hospitalizaci v nemocnici, podstoupil(a) byste ji?

Ano – Ne – Jiné \_\_\_\_\_

23. Využil(a) jste někdy v léčbě i alternativní metody (akupunktura, homeopatie, atd...)?

Ne – Ano, uveďte prosím jaké \_\_\_\_\_

Máte-li něco na doplnění, co nebylo v dotazníku zmíněno, zde se můžete vyjádřit.

\_\_\_\_\_

„Máte – li něco na doplnění, co nebylo v dotazníku zmíněno, zde se můžete vyjádřit.“

„Trpím tímto problémem už cca od 16ti let, nejvíce na oblasti loktů a na čele hlavy, obočí a vlasové části, proto pro mě byl veliký problém být ve společnosti, mezi spolužačkami co se na mě divně koukali a nesnesla jsem jejich nepříjemné pohledy. Informace jsem čerpala nejvíce z internetu a ke kožnímu lékaři s tímto problémem nechodím, ačkoli bych měla. Potíže se mi začali objevovat v době, kdy jsem byla s partnerem se silnou lupénkou.“

„Používal jsem bylinný likér a lupénky jsem se zbavil. Nechodím k doktorovi, již to nepotřebuji.“

„Můj přístup k léčbě ovlivňuje, že jsem vystudovaná všeobecná sestra.“

„Jedna dobrá rada, s lupénkou se člověk musí naučit žít, musí se s ní trochu kamarádit a ona tolik netrápí, mám zkušenost, čím více do ní investuji energie, myšlenky i léky tím je horší. Jsem zdravotní sestra a lupénku mám od první třídy.“

„Po 55 letech léčení v nemocnicích jsem dospěl k biologické léčbě, při které rovněž vznikaly komplikace, a lupenka se zhoršovala, první byla léčba ENBREL negativní reakce, následně HUMIRA rovněž negativní reakce, následoval REMICADE infuze na který zatím nejsou žádné negativní reakce. Mimo jiné jsem za roky léčení prodělal léčbu mezi jiným Yperitem, a dehty, takže dnes jsem alergický na dehtové přípravky a salicyláty. Kromě kůže mám postiženy klouby, nehty, lupenka se mi tvoří na sliznici, i v buněčné tkáni byla prokázána, jakož i na stěnách střev. Při operaci byly nalezeny léze i v dutině hrudní. Mimo jiné po léčbách vysokými dávkami METHOTREXATU přestala fungovat slinivka, takže jsem léčen na DIABETES na inzulinu denně 125 mj., dále mám postiženy klouby a léčím se rovněž 20 roků na revmatologické klinice, dále jsem veden na oční klinice pro postižení očí, GLAUKOM, dále jsem byl operován dvakrát se srdcem trojnásobný BYPASS 3 věčité tepny uzavřeny na 99%, jsem již 20 roků v

plném invalidním důchodě. Potom se řekne obyčejná kožní nemoc. Přesto jsem optimista, jen jsem už nějak utahaný z takového života. A výhody jako mají jiní s potížemi jako je ZTP P nemám a musím si pomoci, jak umím sám. Bohužel.“

„Při zjištění onemocnění jsem dostal dehtovou mast - ta pomohla a vyléčila většinu ložisek. V průběhu času se mě rozšířila nemoc na loky a kolena – 2x jsem byl u kožního a vždy jsem dostal kortikosteroidní mast, která nepomohla, zkusil jsem i konopnou mast - krom toho že hydratuje kůži a ložiska nevypadají tak ošklivě to také nepomohlo. Tak k lékaři nechodím, protože se choroba drží v malém množství, až se rozšíří více (tak že by komplikovala život), určitě vyhledám lékařskou pomoc a budu se snažit spolupracovat, jak to jen půjde.“

„Na dotaz, zda dodržuji léčbu, byla moje odpověď NE z důvodu toho, že na nemoc mi lékař dá vždy olej (mám psoriázu v kšticí) a ten mi život, jakožto ženě, ztěžuje ještě víc. Kdybych si nezjistila informace na internetu, věděla bych celkem... Myslím si, že lékaři (a nejen dermatologové) by měli s pacienty víc komunikovat. Nejvíc mi vždy pomohl pobyt u moře. Bohužel si nemohu dovolit jezdit k moři každé léto.“

„Myslím si, že lupénka je spojena s psychikou.“

„Pobyt v nemocnici je více stresující, než celá lupénka! Našla jsem si krém, který funguje a neobsahuje kortikoidy, hodila jsem se do klidu a snažím se jíst zdravě!“

„Byla jsem 4x těhotná, lupénka vždy zmizela jako první projev těhotenství zároveň s příznaky vředové choroby žaludku.“

„Když se mi vyskytlo svědivé místo na kloubech ruky, napadlo mne, že to bude asi lupénka, protože ji má i můj otec. Šla jsem s tím na kožní ambulanci a vyšetřující lékařka to diagnostikovala jako ložisko vzniku bradavic a předepsala mi na to desinfekční mast Endiaron, po které se mi to ještě zhoršilo (vysušilo a rozpraskalo). Tak jsem k té doktorce už víckrát nešla. Nyní používám na svědivé místo Indulon, ale v zimě se to vždycky zhorší, i když nosím venku rukavice proti prochladnutí. Takže můj pasivní přístup je způsoben špatnou zkušeností s lékařkou.“



„Mám mnoho indicií k léčbě marihuanovou mastí, zatím jsem nevyzkoušel, ale hodlám to sehnat a testovat.“

„Lupénku mám od narození je to suchá kůže po celém těle, za celý život jsem vyzkoušel mnoho prostředku-krému, mastí, něco je účinné ale jen chvíli třeba půl roku je klid hlavně v zimě je to horší. Nejlepší je pobyt u moře, nejhorší v zimě v Ostravě. Mám světlou pokožku s opalováním nic moc, otec je Francouz tam jsem měl být a ne tady, jsou tu hrozné podmínky podnebí.“

„Můj kožní lékař mi po dobu 8 měsíců předepisoval různé mastě, celkem jich bylo 7 druhů a nic nepomáhalo, tvrdil, že si za to mohu sama, neboť se škrábu, ale já se škrábu nevědomky během spánku. Nepoznal totiž, že se jedná o lupénku. Minulý týden jsem navštívila kadeřnici, která se ptala, zdali si léčím lupénku, neboť jí mám hodně rozšířenou. Zhrozila jsem se, neboť jsem myslela, že jsou to pouze lupy. Ptala se, zdali mám tyto opruzeniny i na jiných místech těla a já odpověděla, že ano, ale že se léčím u kožního lékaře a jedná se pouze o nějakou vyrážku. Došla jsem si ihned k jinému kožnímu lékaři, který mi potvrdil, že mám lupénku v žalostném stavu a nechápal, že můj kožní lékař to nepoznal, neboť její vzhled co mám, je jak vystřižený z příručky mediků. Ach jo, Ti čeští lékaři.“

„Po několikaletém léčení na kožním odd., které bylo neúspěšné, k lékaři nechodím. Pouze doma si vyrábím konopnou mast, která je jako jediná prospěšná a přináší výsledky. Před 5 lety mi byla diagnostikována psoriatická artritida, ale lékaře navštěvuji pouze v akutních případech, ale naštěstí jsem tuto pomoc již 2 a půl roku nevyhledala.“

„Človek to zdedí a záleží len na ňom (na každom jednotlivcovi ako sa k chorobe postaví) jest' striedmo nie veľa a často piť kozie mlieko jest' dostatok tuku, masť, loj, kravský a ovčí a na ňom variť polievky zo zeleninou, nefajčiť, piť len striedmo malé množstvo ako medecínu na zlepšenie trávenia (nie tuhý alkohol) víno, koňak. A nerozčuľovať sa neprechladnúť žiť každý deň naplno. Psoriatik tretie pokolení.“

„O lupénce jsem věděla už dřív, (měla jsem kolegu, který ji měl), jen jsem netušila, že mne také postihne. Projevila se po silné, neléčené viróze. Díky internetu vím, jaké jsou možnosti léčby, ovšem od laiků. Lékařka na mně vyzkoušela spoustu mastí, k

ničemu. Co zabíralo, byly konopné přípravky, bohužel, v současné době finančně nedostupné. Léčba je finančně dosti náročná. Masti, hrazené pojišťovnou jsou většinou neúčinné.“

„Nejhorší nemoci jsou ty, které mají viditelné projevy, kdyby byly vidět játra u alkoholiků, nebo plíce u kuřáků, to by byl mazec.“

„Mám lupenku téměř celý život s malými přestávkami od 6let, tak jak věřit, že ji zhoršuje alkohol, cigarety, stres špatná životospráva. Bylo to u mě vždy obráceně, když jsem pracovala v hospodě, byla jsem čistá, když v kanceláři osypala jsem se, když špatné období - opět čistá, prostě reaguji zcela jinak, než se popisuje na netu, tak se tomu dá jen stěží věřit. Jediná pravda, každý má vyvolání lupenky jiné.“

„Zatím mám jen malé projevy na nohách, vloni jen chvíli na jaře, po pobytu u moře byl klid do letošního jara, teď se mi na podzim zase fleky zase začaly objevovat (u moře jsme letos nebyli). U lékaře jsem byla jen vloni na jaře, mám kortikoidní mastičku, která vloni zabrala, letos na jaře taky, ale teď už je to slabší. Chystám se na kontrolu a pro radu.“

## Bylo u Vás zjištěno, že trpíte lupénkou neboli psoriázou?

### Lupénka je poměrně časté kožní onemocnění, které:

- Je podmíněno dědičností
- Postihuje především kůži – po celém těle (i ve vlasech), často postihuje také klouby a nehty
- Má nejčastější výskyt na loktech, kolenech, bedrech a ve vlasech, může se však objevit kdekoliv na těle
- Není ovlivněno socioekonomickými faktory
- Výskyt je stejný u mužů i žen
- Může se objevit v kterémkoliv věku
- Není přenosné dotykem, krví ani sexuálním stykem
- Lze ho pozitivně ovlivnit zdravým životním stylem a eliminací stresu
- Typický je sezónní průběh onemocnění – zhoršení v zimních měsících
- Nelze ho vyléčit tak, aby se již nikdy neprojevalo, ale při dodržování léčby stanovené lékařem je možné onemocnění úspěšně léčit a udržet pod kontrolou

*Nejčastějším projevem lupénky jsou červená ohraničená ložiska, různě velká a pokrytá stříbřitými šupinkami, která svědí.*

**S lupénkou se můžete léčit u každého dermatologa, není třeba vyhledávat konkrétního specialistu. V případě, že se objeví kloubní příznaky lupénky, je nutné navštěvovat i revmatologa.**

Velmi důležité je vybrat si lékaře, kterému věříte, kterého chcete navštěvovat a který je ochotný Vám vše vysvětlit a vyslechnout Vás.

### **ZÁKLADEM PŘI LÉČBĚ LUPÉNKY JE:**

- 1. Eliminace provokačních faktorů**
- 2. Dodržování léčby stanovené lékařem**

## **1. Eliminace provokačních faktorů:**

Provokační, neboli vyvolávací faktory mohou být vnitřní i vnější. Mezi vnější patří fyzikální působení, chemické faktory, kožní onemocnění postihující podkoží či úrazy. Vnitřní faktory mohou být infekční onemocnění, některá medikace, gravidita či porod, snížení vápníku, dieta, alkohol, vysazení některých léků (například kortikoidů), stres a psychické faktory.

Výskyt lupénky je 3krát vyšší u kuřáků!!

## **2. Dodržování léčby stanovené lékařem**

Existují tři základní typy léčby, a to místní, celková a světloléčba. Pro místní terapii lupénky se používají kortikoidy, analoga vitaminu D3, retinoidy, cignolin, dehty a ichtamol. Pro celkovou léčbu jsou k dispozici cyklosporin A, acitrecin, metotrexát a biologická léčba. Světloléčba bývá většinou kombinována s celkovými nebo lokálními léčivými a jedná se o ozařování těla UV zářením. V léčbě je možno využít i doplňkové metody, kterými jsou třeba psychoterapie a klimatoterapie (pobyt u moře či v lázních).

Kožní lékař navrhuje léčbu s ohledem na pohlaví, věk, celkový zdravotní stav, místo výskytu příznaků a velikost postižení.

### **Nejdůležitějšími body v léčbě jsou:**

**Používání léčivého přípravku tak, jak je určen**

**Navštěvovat pravidelně kožního lékaře, i v období bez příznaků**

**V případě jakýchkoliv komplikací, či zhoršení projevů navštívit lékaře**

**Ptát se kožního lékaře na vše, co Vám v léčbě není zcela jasné**

**Aktivně se dotazovat na všechny možnosti léčby, a pokud je to ve Vašich možnostech, tak je i využívat**

**POKUD MÁTE JAKÉKOLIV DOTAZY, OBRAŤTE SE NA SVÉHO  
OŠETŘUJÍCÍHO KOŽNÍHO LÉKAŘE**